

Leopold

SZONDI

LEHRBUCH DER EXPERIMENTELLEN TRIEBDIAGNOSTIK

TIEFENPSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK
IN DIENSTE DER PSYCHOPATHOLOGIE, PSYCHOSOMATIK,
FORENSISCHEN PSYCHIATRIE, KRIMINOLOGIE,
PSYCHOPHARMAKOLOGIE, ERZIEHUNGS-,
BERUFS- UND EHEBERATUNG, CHARAKTEROLOGIE
UND ETHNOLOGIE



VERLAG HANS HUBER
BERN STUTTGART WIEN

Леопольд

СОНДИ

КЛАССИКИ ПСИХОЛОГИИ

УЧЕБНИК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВЛЕЧЕНИЙ

ГЛУБИННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
И ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ В ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОСОМАТИКЕ,
СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ, КРИМИНОЛОГИИ,
ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ,
СЕМЕЙНОМ И ПОДРОСТКОВОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ,
ХАРАКТЕРОЛОГИИ И ЭТНОЛОГИИ

Перевод с немецкого


COGITO
CENTRE
Москва
2005

УДК 159.9.072
ББК 88
С 62

Перевод с немецкого
В.И. Николаева

Печатается с разрешения Института Сонди, Цюрих.
Все права защищены. Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается.

Сонди Леопольд

- С 62** Учебник экспериментальной диагностики влечений: Глубинно-психологическая диагностика и ее применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном, семейном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии / Пер. с нем. — М.: «Когито-Центр», 2005. — 557 с. (Классики психологии)

УДК 159.9.072
ББК 88

Учебник венгерского психолога Леопольда Сонди (1893–1986) содержит полное изложение оригинальной теории судьбоанализа. Впервые он был издан в 1947 г. в Швейцарии и с тех пор неоднократно переиздавался. Настоящее издание осуществлено по редакции 1972 г., учитывающей результаты, изложенные в книгах Сонди «Патология влечений» (1952) и «Анализ Я» (1956).

Экспериментальная диагностика влечений направлена прежде всего на выявление планов и возможностей судьбы, а не на постановку клинического диагноза. Судьба, в отличие от психиатрического диагноза, всегда имеет несколько вариантов. Экспериментально выявить разнообразие судеб конкретного индивидуума, сделать прогноз и указать направление, в котором должна идти психотерапия, — именно эти задачи ставит перед собой экспериментальная психология влечений. Практическим инструментом для определения движущих индивидом влечений и потребностей является Сонди-тест, известный также как тест портретных выборов.

Учебник является фундаментальным руководством для психологов, психотерапевтов и психиатров, желающих овладеть теорией и практикой судьбоанализа Леопольда Сонди.

Настоящее издание осуществлено при научно-информационной
и финансовой поддержке Института Сонди, Цюрих

© Szondi-Institut, Zürich, перевод на русский язык, 2005.
© Verlag Hans Huber (Bern), 1972.
© Когито-Центр, оформление, 2005.

ISBN 3-456-30513-3 (нем.)
ISBN 5-89353-136-1 (русск.)

*Посвящается
с благодарностью
моей жене*

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	13
ПРЕДИСЛОВИЕ И ВВЕДЕНИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ	14
ИЗ ПРЕДИСЛОВИЯ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ	17

Первая часть ТЕОРИЯ ВЛЕЧЕНИЙ И МЕТОДИКА ТЕСТА

РАЗДЕЛ I.	Учение о влечениях	21
ГЛАВА 1.	Система влечений человека	21
I.	Определение понятий	22
ГЛАВА 2.	Учение о влечениях в Анализе судьбы	26
1.	Происхождение влечений: ген-теория	26
2.	Критерии для влечений, существующие в Анализе судьбы	30
3.	Система влечений в Анализе судьбы	35
4.	Метаморфозы форм проявления факторов влечений	37
РАЗДЕЛ II.	Общая методика тестирования	47
ГЛАВА 3.	Сущность метода	47
I.	Тестовый аппарат	48
II.	Проведение основного обследования в экспериментальной диагностике влечений	50
III.	Построение профиля влечений	52
IV.	Распределение факториальных реакций выбора по количеству и тенденциям	56

Вторая часть ПСИХОЛОГИЯ ФАКТОРОВ И ВЕКТОРОВ ВЛЕЧЕНИЙ. СТРОИТЕЛЬНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВЛЕЧЕНИЙ

РАЗДЕЛ III.	Эрос и танатос. Сексуальное влечение. Вектор S	73
ГЛАВА 4.	Сущность и психология эрос-фактора h	73
I.	Анализ нулевых реакций h	76
II.	Анализ позитивных реакций h	77
III.	Анализ негативных реакций h	79
IV.	Анализ амбивалентных реакций h	80

ГЛАВА 5.	Сущность танатос-фактора s	81
I.	Анализ нулевой реакции s	85
II.	Анализ позитивной реакции s	87
III.	Анализ негативных реакций s	88
IV.	Анализ амбивалентных реакций s	90
ГЛАВА 6.	Анализ сексуального влечения вектора S	91
I.	Функциональное распределение векторных картин	97
II.	Виды деления целостного влечения	99
III.	Обоснование неизбежности деления целостного влечения	108
РАЗДЕЛ IV.	Каин и Авель. Пароксизмальное влечение. Вектор P . <i>Инстинктивный фундамент этически-морального поведения</i>	115
ГЛАВА 7.	Сущность и психология этического фактора e	116
I.	Анализ нулевых реакций e	118
II.	Анализ позитивных реакций e	119
III.	Анализ негативных реакций e	120
IV.	Анализ амбивалентных реакций e	121
ГЛАВА 8.	Сущность морального фактора hy	122
I.	Анализ нулевой реакции hy	124
II.	Анализ позитивных реакций hy	125
III.	Анализ негативных реакций hy	126
IV.	Анализ амбивалентных реакций hy	126
ГЛАВА 9.	Анализ пароксизмального влечения (вектор P)	127
1.	Одинарная тенденция в векторе P	130
2.	Двойные тенденции в векторе P	132
3.	Тройные тенденции в векторе P	136
4.	Четверная тенденция в векторе P	138
5.	Нулевая тенденция в векторе P	139
РАЗДЕЛ V.	Иметь и Быть. Влечение сферы Я. Вектор Sch . <i>Инстинктивный фундамент жизни Я</i>	144
ГЛАВА 10.	Сущность фактора k . Эгосистол: интроекция и отрицание	149
I.	Анализ нулевой реакции k	152
II.	Анализ позитивных реакций k	153
III.	Анализ негативных реакций k	155
IV.	Анализ амбивалентных реакций k	156
ГЛАВА 11.	Сущность фактора p (эгодиастаны): партиципация, проекция и инфляция	157
I.	Анализ нулевых реакций p	160
II.	Анализ позитивных реакций p	160
III.	Анализ негативных реакций p	162
IV.	Анализ амбивалентных реакций p	164

ГЛАВА 12. Анализ влечения Я, вектора <i>Sch</i>	165
1. Одинарные тенденции в векторе <i>Sch</i>	168
2. Двойные тенденции в векторе <i>Sch</i>	174
3. Тройная тенденция в векторе <i>Sch</i>	184
4. Четверные тенденции в векторе <i>Sch</i>	190
5. Нулевая тенденция в векторе <i>Sch</i>	193
РАЗДЕЛ VI. Прилипание (постоянство) и поиск, привязанность и разрыв отношений. Влечение к контактам. Вектор <i>C</i>	199
ГЛАВА 13. Сущность и психология прилипания, постоянства и отправления-на-поиски, фактор <i>d</i>	204
I. Анализ нулевых реакций <i>d</i>	205
II. Анализ позитивных реакций <i>d</i>	205
III. Анализ негативных реакций <i>d</i>	206
IV. Анализ амбивалентных реакций <i>d</i>	207
ГЛАВА 14. Сущность и психология привязанности и разрыва связей, фактор <i>m</i>	208
I. Анализ нулевых реакций <i>m</i>	209
II. Анализ позитивных реакций <i>m</i>	210
III. Анализ негативных реакций <i>m</i>	211
IV. Анализ амбивалентных реакций <i>m</i>	212
ГЛАВА 15. Анализ влечения к контактам, вектор <i>C</i>	212
1. Унитенденция в векторе <i>C</i>	216
2. Битенденция в векторе <i>C</i>	218
3. Тритенденция в векторе <i>C</i>	224
4. Квадротенденция в векторе <i>C</i>	227
5. Нультенденция в векторе <i>C</i>	230

Третья часть

МЕТОДЫ ИСТОЛКОВАНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВЛЕЧЕНИЙ

ГЛАВА 16. Главные принципы истолкования профилей влечений	236
• О неприменимости «мозаичного» метода интерпретации	236
• О необходимости коррелятивных истолкований	236
• О рассмотрении общей сущности факторов	237
• Об истолковании в различных областях и на различных уровнях	238
ГЛАВА 17. Классификация методов истолкования	240
А. Качественные, диалектические методы истолкования:	240
В. Количественные методы	241
С. Пропорциональные методы	241

РАЗДЕЛ VII. Качественные, диалектические методы истолкования	243
ГЛАВА 18. Метод края и середины	243
ГЛАВА 19. Комплементарный метод. Анализ «проводника» и «слеодохода» ...	265
I. Численные отношения между реакциями выбора в VGP и ЕКР ...	266
II. Основные принципы истолкования в комплементарном методе	269
РАЗДЕЛ VIII. Количественные методы истолкования	301
I. Метод квантового подсчета	302
II. Метод выявления изменчивости	302
ГЛАВА 20. Линнеевский метод	303
I. Формула влечений	303
II. Классы влечений	312
III. Коэффициент напряженностей тенденций	324
IV. Процентные симптом-реакции (% Sy-Re)	325
V. Линнэус влечений	326
VI. Классификация испытуемых с помощью линнэуса влечений	335
ГЛАВА 21. Описание важнейших классов опасностей	341
I. Главный класс Sh Класс латентной бисексуальности, неразборчивости в контактах	341
II. Главный класс Ss. Класс садизма и мазохизма	343
III. Главный класс Re. Класс латентного «Каина»	346
IV. Главный класс <i>Phy</i> . Класс латентного эксгибиционизма	349
V. Главный класс <i>Schk</i> . Класс латентного ограничения Я	351
VI. Главный класс <i>Schr</i> . Класс латентного расширения Я, инфляции	355
VII. Главный класс Cd. Класс латентного приобретения ценностей, «вечных поисков» и «прилипания»	358
VIII. Главный класс Cm. Класс маниакальных расстройств	360
ГЛАВА 22. Примеры классификации людей с помощью эмпирического линнэуса влечений	363
РАЗДЕЛ IX. Пропорциональные методы	375
ГЛАВА 23. Психосексуальные пропорции. Мажор-минорный метод. Сексуальный индекс	376
I. Предварительные замечания по поводу физиологии	376
II. Психосексуальные пропорции. Сексуальный индекс	378
ГЛАВА 24. Социально-позитивные и социально-негативные пропорции. Социальный индекс	389
I. Основные положения экспериментальной диагностики социального поведения	389
II. Методы протоколирования и подсчета социального индекса	392
III. Результаты исследований здоровых и больных людей при помощи социального индекса	393
IV. Сравнительные исследования сексуального и социального индекса	398

РАЗДЕЛ X.	Факториальный ассоциативный эксперимент.	
	Свободные ассоциации на карточки теста	400
ГЛАВА 25.	Факторно-адекватные инсайты к тестовым карточкам	402
1.	Ассоциативное воздействие карточек гермафродитов	402
2.	Ассоциативное воздействие карточек убийц	403
3.	Ассоциативное воздействие карточек эпилептиков	403
4.	Ассоциативное воздействие карточек истериков	405
5.	Ассоциативное воздействие карточек кататоников	406
6.	Ассоциативное воздействие карточек параноиков	406
7.	Ассоциативное воздействие карточек депрессивных людей	407
8.	Ассоциативное воздействие карточек маниакальных людей	408
ГЛАВА 26.	Адекватные по отношению к фактору ассоциации	409
ГЛАВА 27.	Функционирование теста	423
А.	Вопрос «как»	423
В.	Вопрос «почему». Заметки по поводу валидности теста	427
ГЛАВА 28.	заключительная. Область применения экспериментальной диагностики влечений	447
I.	Возрастная психология, психология и психиатрия детского возраста, детская игровая терапия	447
II.	Педагогика и воспитание неполноценных детей	450
III.	Характерология	451
IV.	Криминология. Юридическая психология. Судебная психиатрия	452
V.	Общая психиатрия и учение о неврозах	453
VI.	Применение теста в области психосоматики	457
VII.	Применение теста для контроля шоковой терапии и фармако-психодинамических воздействий	459
VIII.	Применение теста при профориентационном консультировании	463
IX.	Роль теста в консультациях по проблемам семьи и брака	464
X.	Применение теста в генетике	469
XI.	Применение теста в этнологии и этнопсихологии	472
АТЛАС	важнейших патологических и физиологических синдромов	477
ПРИЛОЖЕНИЯ		483
	Предварительные замечания	485
ПРИЛОЖЕНИЕ I.	Методика определения показаний к психотерапии на основе шкалы экзистенциальных форм	490
ПРИЛОЖЕНИЕ II.	Психотерапевтический прогноз с помощью «экспериментальной диагностики влечений»	503
ПРИЛОЖЕНИЕ III.	Ступени развития Я	509
ПРИЛОЖЕНИЕ IV.	Главы из книги В. Хута «Выбор и судьба»	513
ПРИЛОЖЕНИЕ V.	Вольфганг Бернер: Прочная привязанность, педофилия и новый взгляд на влечения в теории Имре Херманна	547

ПРЕДИСЛОВИЕ

Яохотно выполняю просьбу Виктора Николаева, которого давно знаю как высокопрофессионального специалиста, написать предисловие к переведенному им руководству Леопольда Сонди.

Мы, судьбоаналитики Западной Европы, прежде всего Швейцарии, особенно Цюриха, где находится Институт Сонди, полностью убеждены в том, что специфическая концепция судьбоанализа заслуживает того, чтобы быть услышанной в многоголосом хоре, представляющем направления современной психологии. Я хотел бы вкратце показать читателю, что представляет собой судьбоанализ.

Судьбоанализ обогатил глубинную психологию, введя понятие семейного бессознательного. Семейное бессознательное является психической сферой, расположившейся между личным бессознательным З. Фрейда и коллективным бессознательным К.Г. Юнга. Семейное бессознательное проявляется посредством специфических выборов, которые довольно часто оказываются наследственно обусловленными.

Другой категорией судьбоанализа является специфическая система влечений и потребностей, с помощью которой психолог-диагност и психотерапевт могут дифференцированно осуществлять свою деятельность. Практическими приложениями к этой системе влечений являются Сонди-тест и генограмма. Настоящее руководство поможет овладению работой с Сонди-тестом, оно является превосходным пособием по традиционному использованию системы влечений, созданной Л. Сонди.

Я хотел бы упомянуть судьбоаналитическое учение о сфере Я, учение, в котором различаются два вида Я: физическое и метафизическое. Физическое Я или Я, представленное в системе влечений в форме четырех функций, является частью системы влечений Л. Сонди и подробно описано в данной книге. Метафизическое Я, или Я «верховного жреца» (в соответствии со своим названием), имеет трудновыполнимую задачу по наведению мостов среди самых разнообразных противоположностей, обнаруживающихся как в нас самих, так и вокруг нас. Подобного рода наведение мостов подготавливается посредством двух шагов, которые в учении Л. Сонди называются трансценденцией и интеграцией. Эти функции играют важную роль в психотерапии. А вот в Сонди-тесте их выявить невозможно.

К сожалению, мне плохо известна история судьбоанализа в России. Я знаю, что Владимир Джос был первым в России распространителем «Экспериментальной диагностики влечений» Л. Сонди. Джос стал наставником специалистов в Екатеринбурге, которые основали Судьбоаналитическое общество. Кроме того, мне известны еще группы «дикого судьбоанализа» (возможно я неправ по отношению к ним), которые изменяют методику и материалы теста. Я имею в виду доктора Михаила Вигдорчика (Одесса) и госпожу Л.Н. Собчик (Москва).

Я рад тому, что с выходом этой книги судьбоанализ станет широко известен в вашей стране, и желаю ей большое будущее.

*Д-р философии Фридъюнг Юттнер,
Член Совета Института Сонди
Цюрих, 10 июля 2004*

ПРЕДИСЛОВИЕ И ВВЕДЕНИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

С точки зрения теории настоящий учебник, с одной стороны, базируется на психологии выборов, описанной в книге «Анализ судьбы» (1944), а с другой — на новых результатах «Патологии влечений» (1952) и «Анализа сферы Я» (1956)*. Эти три книги претендуют на то, чтобы в полном объеме представить точный медицинско-психологический анализ судьбы. Экспериментальная диагностика влечений является исследовательским методом психологии судьбы. Не следует забывать о том, что психология судьбы появилась задолго до создания психологического теста. Как показал опыт прошедшего десятилетия, без овладения специальным судьбопсихологическим способом анализа и накопленными в психологии судьбы познаниями достоверно интерпретировать результаты теста практически невозможно. Положительные и основательные диагностические результаты удастся получить только тем исследователям, которым удалось по силам освоить особое видение судеб человеческих влечений и сферы Я**. И, напротив, техникам-«психоканонам», использовавшим наш тест просто как «одно из орудий в ряду подобранной ими батареи психологических тестов»,

* Важнейшими трудами Сонди являются «Анализ судьбы. Выборы в любви, дружбе, профессии, болезнях и смерти». 1996 (1944); Учебник экспериментальной диагностики влечений, 1972 (1947); «Патология влечений. Элементы точной психологии и психиатрии влечений», 1977 (1952); «Анализ сферы Я. Фундамент для объединения школ глубинной психологии», 1999 (1956); «Судьбоаналитическая терапия», 1998 (1963); «Каин, символ всего злого», 1969; «Моисей, ответ на Каина», 1973. Кроме того, сюда можно отнести многочисленные работы в периодическом сборнике статей «Сондиана», являющегося приложением к «Швейцарскому журналу по психологии и ее применению». В «Анализе судьбы» (имеющем подтитловое название «Генетика судьбы») наглядно излагается теория и применение генотропизма и значение выборов. «Учебник экспериментальной диагностики влечений» позволяет получить представление о системе влечений и потребностей, а также показывает, как надо применять тест Сонди. «Патология влечений» описывает учение о болезнях, созданное в судьбоаналитической теории. Чтобы разобраться в судьбоаналитическом учении о болезнях, необходимо хорошо знать систему влечений и тест Сонди. «Анализ сферы Я» является логическим продолжением этой работы, здесь Сонди вводит понятие Pontifex-Ich (Я верховного жреца). Это создает прекрасную заявку темы для следующей книги, посвященной психотерапии. Книга «Судьбоаналитическая терапия» описывает применение всех концепций судьбоанализа в практической психотерапевтической деятельности. Современный швейцарский судьбоаналитик Фридрих Юттнер советует студентам Сонди-института (Цюрих) начинать изучение судьбоанализа с книги «Анализ сферы Я», поскольку она, как и «Анализ судьбы», является основополагающей книгой Сонди, и снабжает читателя, наряду с глубинными судьбопсихологическими знаниями, еще и разнообразными сведениями по общей психологии. — *Примеч. пер.*

** Поскольку судьбоаналитическая теория придает сфере Я огромное значение, мы даем полное определение Я из «Лексикона поведенческих наук»: «Эго (или, точнее, — сфера Я) — это часть психического аппарата личности, постепенно формирующаяся под влиянием окружающего мира и сферы Оно, и предназначено Эго для защиты организма от опасностей, угрожающих как извне, так и изнутри организма. Бессознательный материал, накопившийся в сфере Оно, трансформируется в предсознательное Эго, в поле которого первичный психический процесс получает возможность для трансформации во вторичный процесс. Главной задачей Эго является самозащита организма. Такую задачу Эго приходится исполнять посредством ориентации на так называемый «принцип реальности», посредством которого проверяются требования как со стороны внешнего, так и внутреннего мира, а также требования со стороны сферы Оно. Намерения сферы Оно одобряются Эго только при возможности их успешной реализации. Эго связывает друг с другом, объединяет и организует психические процессы, устраняет противоречия, создавая хорошо функционирующий, сплоченный союз и осуществляя «проверку на реалистичность», то есть проверяя

без учета специфики теста Сонди, самое большее удавалось получить сведения о «так и не взорвавшихся снарядах». При интерпретации теста необходимо учитывать три основных принципа психологии судьбы:

1. Со времен Адама человек является в мир со сложным переплетением наследственно обусловленных противоположностей своих влечений и сферы Я. Персональная задача человека состоит в том, чтобы проникнуть в загадку этих сплетений, постепенно распознавая в возможностях судьбы свою собственную, персональную судьбу и неся за нее ответственность.
2. Но как судьба влечений, так и судьба сферы Я конкретного человека — то, каким образом он переживает свою судьбу, борется с нею и за нее, побеждается ею или, наоборот, сам покоряет ее, является результатом совместного воздействия нескольких эндогенных и экзогенных факторов, формирующих судьбу, обуславливающих индивидуальный план и соответствующую форму структуры судьбы человека. В качестве примера можно назвать следующие факторы:
 - Наследие «паттернов и фигур» (Р. М. Рильке) тех притязаний предков, которые продолжают динамично-функционально жить и воздействовать на семейное бессознательное персоны человека.
 - Особая природа влечений, ядро которой тоже определяется наследственностью, но под воздействием бессознательной защитной активности сферы Я (З. Фрейд) претерпевает в ходе жизни индивида метаморфозы, нанося на жизнь влечений личностный отпечаток.
 - Ближайшее социальное окружение, которое поощряет развитие и проявление одних возможностей существования индивида, а другие, наоборот, подавляет.
 - Ментальность, то есть мировоззрение эпохи, в которой живет персона, а также интеллектуальные способности и одаренность, которые продолжают формировать и направлять судьбу.
 - Сознательное Я, которое посредством присущей ему пробивной способности своей мощью, идеалами и своим Сверх-Я — конечно же, в благоприятных обстоятельствах — способно осуществить свободу выбора, вырываясь за барьеры судьбы, навязанной наследственностью, природой влечений, социальным и ментальным окружением.
 - И, наконец, духовность, с помощью которой можно осуществить свободный выбор Я-судьбы.

При неблагоприятных обстоятельствах сфера Я из-за своего бессилия подпадает под власть навязанной судьбы, повторяя судьбу своих предков. Из этих двух основных принципов следует третий:

и контролируя корректность восприятия, а также осуществляет контроль над всей системой психики, позволяя избежать необоснованного риска. Эго адаптируется к окружающему миру посредством контроля за проявляющимся поведением и регуляцией деятельности. Когда организм подвергается внешней опасности, Эго реагирует тревогой. Когда Эго ощущает угрозу со стороны внутренних сил, возникающее в нем чувство страха служит в качестве сигнала опасности». — *Примеч. пер.*

3. Человек имеет не одну-единственную судьбу — как считают современные последователи древней ананкологии*, — а несколько возможностей судьбы, часто развивающиеся в совершенно противоположных направлениях. Один тестовый профиль в нашем эксперименте открывает нам только одну из многих возможностей существования. Поэтому необходимо иметь от восьми до десяти профилей влечений для одной персоны, то есть каждый профиль из проведенной серии экспериментов делает видимой только одну возможность судьбы. Нужно научиться интерпретировать любой профиль влечений во всем его многообразии и целостности как одну из альтернатив существования. Естественно, здесь нельзя ограничиться простым суммированием отдельных факторов и векторов, как это делается многими авторами, работающими с тестом.

Другой вывод, логически вытекающий из изложенных основных принципов: этот тест должен применяться в первую очередь для выявления возможностей существования испытуемого, а не для постановки психиатрического диагноза. Последний всегда изменяется с течением времени у одного и того же больного, к тому же часто разные диагнозы ставятся разными врачами или в разных лечебных учреждениях. Актуальная форма душевного заболевания, по нашему мнению, является только одной из многих возможных форм судьбы персоны. Уже одно то, что человек может ступить на путь социализации (или сублимации) расстроенных влечений и сферы Я, диктует необходимость всегда учитывать все остальные формы существования. Человек всегда будет больше, чем просто носителем какого-либо психиатрического диагноза, который «наклеивается» на его социальное существование, словно бирка на авиабагаж, только потому, что человеку однажды пришлось побывать в лечебном учреждении или тюрьме.

Психодиагностическая задача психиатра, психотерапевта или психолога, на наш взгляд, заключается не в том, чтобы ставить клинические диагнозы, от которых пациент никогда не освободится, а скорее в том, чтобы среди открытых в тесте возможностей судьбы способствовать тем из них, которые предоставляют как отдельному индивиду, так и обществу в целом наилучшие шансы на прогресс.

Наш учебник поможет научиться находить в профилях тестов как социальные и асоциальные, так и здоровые и патологические тенденции испытуемых. Мы подробно изложим важнейшие методы интерпретации, так что психодиагност, использующий наш тест, сможет проверять правильность своих выводов посредством пяти разных методов.

Читатель найдет в нашем учебнике экспериментальной диагностики влечений технику проведения исследования, критерии и методы истолкования, многочисленные примеры интерпретаций, а также атлас профилей влечений, что поможет избежать различных трудностей при работе с тестом.

Выражаю сердечную благодарность издательству «Ханс Хубер» (Берн, Штуттгарт).

Цюрих, весна 1959 г.
Л. Сонди

* Ананке — рок, навязанность, необходимость; в древнегреческой философии — безусловные закономерности в природе и человеческой жизни (название дано по имени греческой богини судьбы). — Примеч. пер.

ИЗ ПРЕДИСЛОВИЯ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ

За прошедшее время учебник переведен на несколько языков: полный перевод существует на английском, французском, японском и испанском языках. Экспериментальная диагностика влечений преподается в настоящее время в нескольких университетах.

Выражаю сердечную благодарность издательству «Ханс Хубер» и его директору господину Йегеру.

*Цюрих, осень 1971 г.
Л. Сонди*

ПЕРВАЯ ЧАСТЬ

ТЕОРИЯ ВЛЕЧЕНИЙ
И МЕТОДИКА ТЕСТА

РАЗДЕЛ 1

УЧЕНИЕ О ВЛЕЧЕНИЯХ

ГЛАВА 1

СИСТЕМА ВЛЕЧЕНИЙ ЧЕЛОВЕКА

Влечения являются радикалами (источниками) действий и поведения человека. Это обуславливающие и поддерживающие корни жизни.

В своей основе влечения определяют все поступки людей, все их стремления и потребности, все страсти и пристрастия конкретного человека. Влечения затрагивают глубочайшие слои бытия. Они способны оказывать свое воздействие даже на творческое и духовное становление человека. В таких случаях обычно говорят о сублимации и гуманизации влечений.

Влечения являются радикалами. Как известно, радикал — это глобальный (корневой) фактор, для своего существования он должен удовлетворять следующим критериям*:

1. Радикал должен отличаться своей вневременностью, то есть его биологическая природа должна по своей сути оставаться неизменной в течение тысячелетий; это обуславливается наследственностью.
2. Он должен иметь достаточно силы, чтобы уметь реализоваться, что всякий раз будет обнаруживаться в переживаниях и поведении человека. Для этого каждый радикал обладает своим особым, неисчерпаемым источником энергии, из которого он может подпитываться в любой момент.
3. По своему содержанию радикал не должен характеризоваться особой заданностью (то есть, он должен быть неспецифичным по своему содержанию); конкретные проявления радикала могут изменяться у разных людей и в разные эпохи, хотя суть его (корень) всегда остается той же самой в самых разнообразных проявлениях, в жизни как отдельного индивида, так и всего человечества.
4. Человеческие влечения полностью соответствуют этим общим условиям и потому могут называться радикалами. Мы можем говорить о *радикалах* или

* Jaspers K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin u. Heidelberg. V. Aufl. 1948, S. 490 ff., 522.
Friedemann, A.: Utitz, E., Jahrbuch der Charakterologie, 1929, S. 139.

факторах влечений, специфичных для человека. И действительно, факторы влечений людей существуют вне времени. Влечения с одинаковой силой пронизывают все человеческие действия, переживания и поступки. Они ни на миг не оставляют человека в покое, причем по своему содержанию влечения проявляются в огромном разнообразии, которое под силу разве что «волшебным», творческим силам природы.

*

Система, применяющаяся в экспериментальной психологии влечений, построена на основе восьми факторов влечений, из которых и образуются радикалы. До того как мы начнем излагать их по порядку, придавая особое внимание конкретным формам существования, мы должны определить значение таких понятий, как «*инстинктивное действие*», «*действие под влиянием влечения*», «*стремление влечения*», «*потребность влечения*» и самого термина «*влечение*». В нашем учебнике мы сознательно избегаем любой теоретической и критической полемики. Читателю, заинтересовавшемуся неразрешенными проблемами в этой области, мы рекомендуем прочесть соответствующие главы из работ «Анализ влечения»^{*} и «Анализ сферы Я»^{**}, которые дополняют данный практический учебник теоретическими положениями.

I. Определение понятий

1. *Инстинктивные действия* имеют место при наличии совершенных жизненных схем. Порядок каждого шага в этом случае строго предопределен инстинктами. Достаточно отсутствия одного шага в жизненной схеме какого-либо животного низшего вида, чтобы поставить под серьезную угрозу как существование этого отдельного существа, так, возможно, и выживание целого биологического вида. В совершенном инстинкте никакой заметной роли не могут играть упражнение, научение, а также рассудок. Здесь отсутствует и представление о достигаемой цели. Выбор объекта питания, места обитания и т. д. заранее строго генетически предписаны. Новая адаптация здесь также невозможна. Совершенные по своей автоматичности инстинкты отличаются завершенностью еще при самом рождении, и только их конкретные проявления темперируются, то есть связаны с определенным периодом жизни. Никак не влияет на строгое протекание инстинктивных реакций и физическое состояние организма. Жизнь насекомых и биологических существ, стоящих на низших эволюционных ступеньках, регулируется совершенством инстинктов. В рамках одного и того же биологического вида эта жизнь протекает монотонно, без малейших индивидуальных различий.

^{*} Szondi L.: Triebanalyse. Triebpathologie Bd. I. H. Huber, Bern u. Stuttgart, 1952.

^{**} Szondi L. Ich-Analyse. Die Grundlage zur Vereinigung der Tiefenpsychologie. Triebpathologie, Bd. II. H. Huber, Bern u. Stuttgart, 1956.

2. Иначе все обстоит с *действиями под влиянием влечений*, они являются *несовершенными* инстинктивными действиями. Здесь уже нет каких-либо строго предписанных схем для того, чтобы выжить. Биологическое существо способно самостоятельно изменять инстинктивную цепь реакций. Индивидуально приобретаемый опыт, научение, рассудок начинают играть в действиях, осуществляемых под влиянием влечений, определенную и заметную роль, прежде всего посредством восприятия. Но цель таких действий даже у животных, находящихся на высших ступенях эволюции, продолжает оставаться бессознательной. У животных в отличие от человека отсутствует осознание своих потребностей и желаний. Складывается впечатление, что выбор объекта у животных при осуществлении действий, испытывающих на себе влияние влечений, относительно свободен. У них даже существует адаптация, она только не свидетельствует о наличии сферы Я, что прежде всего и характеризует человека. Влечения в момент рождения оказываются еще не полностью сформированными. Соответствующее физическое состояние организма влияет на осуществление действий под воздействием влечений. Если отличающиеся законченностью инстинктивные действия характеризуются монотонностью, бесцветностью, то действия, осуществляемые под воздействием влечений, отличаются индивидуальным характером в результате адаптационных процессов, научения, использования прошлого опыта, то есть действия, осуществляемые под влиянием влечений, носят на себе отпечатки характера (личности).

Инстинктивные действия не являются целенаправленными способами поведения. Действия, осуществляемые под влиянием влечений, являются только частично родовыми, унаследованными формами поведения, частично это целенаправленные действия, изменяющиеся под воздействием научения, приобретения индивидуального опыта*.

Самыми несовершенными инстинктами среди всех живых существ наделяются люди. Жизнь человеческих влечений, с одной стороны, направляется латентной энергией влечений, то есть *потребностями*, а с другой — сферой Я (или *Сверх-Я*). У людей впервые в ходе эволюции появляются «*Я-влечения*», благодаря которым тирания совершенных инстинктов наконец-то отменяется. Основное правило жизни наших влечений: жизнь человеческих влечений ни на миг не прекращает быть продуктом взаимодействия друг на друга животных потребностей и человеческих влечений сферы Я. Этот тезис сохраняет свою законность даже для процессов сновидений. Игнорирование этого тезиса в экспериментальной диагностике влечений обязательно приведет к ложным интерпретациям.

С помощью одного из особых методов интерпретации в экспериментальной диагностике влечений, так называемого «*метода края-середины*», человеческое поведение и любые действия можно разделить на два основополагающих компонента, на животные потребности (= край) и человеческие функции Я и Сверх-Я (= середина). Этот метод мы в дальнейшем будем обсуждать более подробно.

* Lorenz K. Über die Bildung des Instinkt Begriffes. Die Naturwissenschaften. Jg. 25. 1937. S. 289, 307, 324

Последующее обсуждение понятий будет изложено в терминах учения о влечениях судьбоаналитической концепции.

3. *Тенденция влечения*, или *стремление влечения* (*tendere* [лат.] = стремиться) является понятием, которое из философской терминологии (Лейбниц, П. Хэберлин* и т. д.) мы ввели в биопсихологическую область. Согласно П. Хэберлину, тенденция понимается в качестве *направления* какого-либо действия. По его словам, тенденцией является то, что и позволяет родиться бытию. На языке учения о влечениях, созданного в судьбоанализе, это означает следующее: одно стремление влечения, одна тенденция влечения — не что иное, как тот строительный компонент одного из влечений, который определяется только одним конкретным геном, только одним унаследованным элементом; то есть или только со стороны отцовской наследственности, или только со стороны материнской.

Следовательно, стремление (тенденция) влечения генетически является *элементарной* единицей влечения.

В соответствии с генетическими законами только одна тенденция влечения никогда не может наследоваться без соответствующего ей (аллельного) контрагента — представителя другого пола. Причина заключается в том, что человек для каждой потребности влечения имеет в себе в виде тенденций два унаследованных элемента; один из них — материнский, а другой — отцовский, вместе они образуют одну аллельную генетическую пару. Если какая-либо из этих тенденций выступает на передний план, то другое стремление сохраняется в латентной форме, существуя в состоянии готовности на заднем плане. Так что тенденции влечения, на наш взгляд, всегда представлены в качестве пары тенденций влечения. Две унаследованных, связанных друг с другом тенденции влечения, совместно образуют «потребность влечения».

4. *Потребность влечения (фактор влечения)* состоит из взаимосвязанных (аллельных) тенденций влечения. Следовательно, любая потребность влечения всегда является совместным продуктом отцовской и материнской тенденций влечения. В потребности влечения непрерывно активно действуют два стремления, которые чаще всего полярно расходятся по *направлению* своего действия. Например, потребность влечения к мужественности состоит из тенденции к активности, агрессии, садизму и одновременно из тенденции к пассивности, покорности и мазохизму. По нашему мнению, активность, агрессия и садизм являются проявлениями *одной* тенденции, которая в качестве *одного* унаследованного элемента берет свое начало только от *одного* из родителей. Пассивность, способность к самоотверженности, мазохизм являются формами проявления *другой* тенденции влечения, которая берет свое начало от *другого* родителя, но обе тенденции тем не менее генетически неразрывно связаны друг с другом. Тенденции влечения соединяются друг с другом и совместно образуют неповторимое и удивительно вариабельное индивидуальное проявление мужественности, то есть потребность персоны быть мужчиной. Сходным образом построены и другие потребности (см. таблицу 1).

* Профессор Пауль Хэберлин (1878-1960), швейцарский философ и педагог; исходя из дуалистического понимания человека (духовность — влечения), Хэберлин создал собственную педагогику, психологию и космологию. Он много внимания уделял лечению трудновоспитуемых детей. С 1963 г. в Цюрихе существует Общество П. Хэберлина. Сонди опирается в своей работе на книгу Хэберлина «Духовность и влечения» (*Der Geist und die Triebe*. Kober-Verlag, Basel, 1924.). — *Примеч. пер.*

В определении потребности быть мужчиной пока остается открытым вопрос, от кого именно из родителей, от отца или от матери, наследует индивид, носящий в себе потребность мужественности, специфические качества, например, активность или пассивность. Но более важным здесь является то, что проявление потребности связано с двумя, чаще всего полярно противоположными тенденциями. Количественная и качественная картина проявления какой-либо из потребностей поэтому всегда является следствием *полярности*, которая генетически присуща двум отдельным тенденциям, образующим потребность. Именно это качественное и количественное различие двух родительских тенденций влечения, переносимых на потомство во время оплодотворения, и является причиной многообразия проявлений любой потребности. В нашей теории потребности влечения называются «*факторами влечения*». Термином «фактор влечения» мы хотели подчеркнуть, что именно потребности являются побуждающими, приводящими к активности факторами в жизни влечений. Потребности нельзя отнести к влечениям. Потребности являются источниками латентной энергии, постоянно подпитывающими влечения.

5. *Влечения (= векторы влечения)* — скрещивание двух потребностей (факторов влечений), ведущих к одной и той же цели и к одному направлению влечения. Влечение в судьбопсихологической системе влечений всегда означает — в качестве *вектора влечения* — скрещивание потребностей, ограниченное двумя определенными сотрудничающими факторами влечений и преследующее одну и ту же биологически-психологическую цель.

В соответствии с этими взглядами *сексуальное влечение* является скрещиванием женской и мужской потребностей влечения. Оба этих фактора влечения следуют одной и той же цели и направлению — оплодотворению.

Влечение к контактам является скрещиванием потребности «поиска объекта» и потребности в крепкой привязанности к найденному объекту. Только обе потребности вместе и составляют влечение к контактам.

Я-влечение является скрещиванием потребности расширения сферы Я (эго-диастола) и сотрудничающей с ней потребности сужения сферы Я (эго-систола). Обе потребности преследуют одну и ту же цель, заключающуюся в поддержании целостности бессознательной жизни сферы Я.

*Влечение к пароксизмам** состоит из двух потребностей, которые совместно обуславливают этически-моральное или же, наоборот, неэтичное и аморальное *поведение* определенной персоны. Здесь необходимо помнить, что ни этика, ни мораль сами по себе не находятся под воздействием влечений, испытывать на себе влияние влечений может только этическое или моральное поведение конкретного человека. Одна из потребностей пароксизмального влечения побуждает персону проявить в своем поведении подчинение извечному внутреннему закону «Не убий!», отвергая любые притязания на убийство. Другая потребность обуславливает приспособление к внешним, определяемым духом времени законам и нравам, заставляющим индивидуума сооружать барьеры в виде стыда и отвращения, чтобы таким образом прийти к моральному поведению. Эта последняя потребность определяет все то, что человек

* От греч. *paroxysmos* — наступающие в виде припадков внезапные приступы сильного душевного возбуждения, например в форме проявления гнева. — *Примеч. пер.*

должен скрывать от других и от чего необходимо удерживаться, находясь в цивилизованном обществе, а также предписывает границы того, насколько можно продемонстрировать свои достоинства. Общей целью обеих потребностей будет регулирование этично-морального поведения.

Две черты, присущие всем влечениям:

- влечения обуславливают *действия и способы поведения*, но не аффекты или интеллектуальную деятельность; хотя аффекты сопровождают все действия, осуществляемые под воздействием влечений, сами аффекты влечениями никогда не бывают, они питаются из других источников, точно так же, как и мышление;
- любое влечение имеет только одну цель — удовлетворение посредством «разрядки» (отреагирования), причем независимо от того, осознается влечение или нет.

ГЛАВА 2

УЧЕНИЕ О ВЛЕЧЕНИЯХ В АНАЛИЗЕ СУДЬБЫ

1. Происхождение влечений: ген-теория

То, что присуще всем влечениям, Анализ судьбы усматривает в генном происхождении.

В соответствии с предварительной (рабочей) гипотезой Анализа судьбы *источником влечений* являются *гены*. Общая природа влечений определяется природой генов, то есть природой тех, скорее всего, очень маленьких материальных частичек определенного качества, содержащих, возможно, одни только молекулы и определяющих собою наследование отдельных признаков и реакций.

В ген-теории влечений считается, что действия, осуществляемые под воздействием влечений, детерминируются специфическими генами. Мы их называем «генами влечений». В соответствии с ген-теорией, в людях существуют бессмертные, материальные прачастицы, которые передаются по наследству от одного поколения к другому, от родителей — потомкам. Это именно те гены, среди проявлений которых мы встречаем не только психические и соматические реакции, но и реакции, обусловленные влиянием влечений. Конечно, имеются еще и другие гены, которые определяют частично соматические, частично психические (причем не испытывая на себе воздействия влечений) реакции, например, интеллектуальные действия, понимание и представления (архетипы).

Если влечения имеют генетическое происхождение — как это считается в Анализе судьбы, то становится очевидным, что природа генов будет определять и природу всех влечений. Природе генов присуще то, что каждый из них переносит на

последующее поколение всегда только одно-единственное стремление семейного, родового или видового прошлого.

Каждый ген — так уж издавна считается в генетике — стремится воспроизвести в новом поколении одно из существовавших ранее состояний. Таким образом, если мы стоим на точке зрения ген-теории и утверждаем, что все без исключения стремления влечений имеют генетическое происхождение, то этим мы само собой утверждаем, что *ничего другого общего во всех влечениях быть не может, кроме того, что они стремятся воспроизводить какое-нибудь из прежних состояний*.

В этом пункте встречаются ген-теория Анализа судьбы и психоаналитическое учение о влечениях. В работе «По ту сторону принципа наслаждения» Фрейд пишет: «Таким образом, можно сказать, что влечением является присущее живому организму стремление к воспроизведению одного из прежних состояний»^{*}. Но Фрейд оставляет без ответа сам собой напрашивающийся вопрос: *почему собственно влечения должны стремиться воспроизводить одно из прежних состояний?* А ответ этот можно найти только в ген-теории: стремление влечений воспроизводить одно из прежних состояний явно объясняется тем, что влечения имеют генетическое происхождение. *Только на основе ген-теории становится понятно, почему влечения стремятся воспроизвести одно из прежних состояний*, которое уже когда-то существовало во время филогенеза.

Из только что нами сказанного следуют строгие выводы:

- Если каждое влечение имеет генетическое происхождение, то мы должны говорить о столь большом количестве стремлений влечений, сколько существует генов влечений.
- Прежний дуализм влечений, лежащий и сегодня в основе психоанализа — сексуальное и Я- влечение или влечение к жизни и влечение к смерти, — должен быть дополнен и систематизирован заново. На место прежнего дуализма влечений психоанализа в Анализе судьбы вступает *дуализм противоположных пар элементов влечений*, а биологическую основу этого следует искать в унаследованных парах, в аллелях потребностей влечений.

*

Давайте теперь подытожим последствия принятия ген-теории влечений:

1. *Источником влечений являются гены влечений*. Система влечений Анализа судьбы базируется на фундаменте генетической теории. В системе влечений мы различаем: стремления влечений = тенденции влечений, потребности влечений = факторы влечений, и влечения = векторы влечений.

2. Одно-единственное *стремление влечения* = *тенденции влечения* тогда будет определяться только одним отдельным геном из пары генов, то есть или отцовским, или материнским геном. Выражение «стремление влечения» или «тенденция влечения», следовательно, означает только один компонент, только одну энергетическую часть потребности. Ген-формулой стремления влечения является таким образом: А или а, В или в, С или с и т. д. По ген-биологическим причинам в случае наслед-

^{*} Freud S. Ges. Schr., том VI, стр. 226

ственно смешанных, гетерозиготных индивидов полностью исключается, что одна тенденция влечения сможет проявляться самостоятельно, без содействия своего контрагента от родителя противоположного пола. Хотя этот контрагент и может оказаться подавленным, он все равно будет проявляться обходными путями. *Стремление или тенденция влечения является генетически мельчайшей единицей влечения.* Любое стремление неразрывно связано со своим стремлением-партнером с противоположными свойствами, с которым они ген-биологически образуют одну судьбоносную пару для формирования влечения; взаимосвязанная пара стремлений влечения является ничем иным как потребностью.

Одна *потребность влечения* = *фактор влечения* состоит уже из двух взаимосвязанных стремлений влечения, то есть *совместно* определяется парой генов влечений, двумя гомологичными — отцовским и материнским — генами влечений. Ген-формула потребности влечения у наследственно смешанных индивидов поэтому будет выглядеть следующим образом: *Aa* или *Bb* или *Cc* и т. д.

Любое *влечение* = *вектор влечения* возникает в результате смешивания, скрещивания двух таких потребностей, двух факторов влечения, преследующих одну и ту же цель влечения, идущих в одном направлении.

В судьбоаналитической системе влечений одно влечение в качестве вектора влечения означает поэтому ограниченное двумя определенными факторами скрещивание потребностей, следующих единому физиологическому направлению влечения.

Ген-формулой любого влечения, следовательно, будет являться в случае наследственно смешанных персон *Aa Bb* или *Cc Dd* и т. д. Явление, вкратце называемое нами «влечением», является поэтому не каким-либо единым процессом, чья стимулирующая и неисчерпывающаяся энергия исходит из одного источника влечения, а определяется смешиванием, скрещиванием по меньшей мере четырех частичных энергетических резервуаров влечений, четырех отдельных генов влечений или двух пар генов влечений.

3. Из такой вот структуры влечений мы и выводим принцип *полярности*, присущий стремлениям и потребностям. Мы говорим о двух формах полярности:

- *факториальной (полярности стремлений)*, происходящей из противоположности отцовской и материнской тенденций влечения, то есть из противоположности двух гомологичных, взаимосвязанных, отдельных генов той же самой пары генов влечений (*A* против *a*, или *B* против *b*). Парадигма: противоположность в проявлениях нежности со стороны матери и со стороны отца;
- *векториальной (или полярности потребностей)*, происходящей из противоположности тех двух потребностей (факторов влечений), которые сливаются вместе в одно влечение в результате следования в одном и том же направлении. А потому и полярность внутри влечения будет соответствовать той противоположности, которая генетически существует между скрещивающимися друг с другом парами генов влечений (*Aa* $\longleftrightarrow$ *Bb*; или *Cc* $\longleftrightarrow$ *Dd*). Парадигма: противоположность между женской нежностью (*Aa*) и мужской агрессией (*Bb*).

4. *Судьбоаналитическое учение о влечениях строится с учетом дуализма противоположных пар стремлений или потребностей.* Понятие «пара противоположностей во влечении» является всего-навсего психологическим эквивалентом генетического

понятия «пара генов влечения». В соответствии с генетическим дуализмом «дуализироваться»^{*} могут *только* стремления (тенденции) и потребности, но отнюдь не влечения. Явление, называемое нами на повседневном языке «влечение», появляется в результате дуализации, соединения двух потребностей, имеющих одну и ту же цель. Таким образом, влечение является продуктом соединения двух потребностей. Животные наделяются ими еще при своем рождении в силу доминирования у них инстинктов. Человек же должен самостоятельно создавать эти физиологические связи.

Психоанализ тоже говорит о скрещивании влечений, например, когда сексуальное влечение связывается им с влечением самосохранения. «Стыковка влечений» состоит в том, что сексуальное влечение, по-видимому, использует ту же самую зону удовлетворения, в которой и влечение самосохранения (голод, жажда) находит для себя разрядку. Термин «скрещивание влечений» необходимо откорректировать в свете генетического учения о влечениях. «Сосание» или «упоение сосанием» у младенца, например, никаким скрещиванием сексуального влечения и влечения самосохранения, как это принимается в психоанализе, не является. На самом деле это инфантильное скрещивание двух особых потребностей младенца, а именно потребности в садизме и оральной потребности. В результате скрещивания этих потребностей ребенок достигает получения удовольствия, но только удовольствие это ничего специфического из себя не представляет, достижение наслаждения является общей целью любой потребности влечения. Такое скрещивание двух потребностей, оральной и садистической, отнюдь не следует генетически обусловленному физиологическому направлению сексуальности, а потому в судьбоаналитическом учении о влечении скрещивание потребностей еще не считается действительным «сексуальным влечением», это всего-навсего одна из предварительных «проб».

5. На основе ген-теории влечений мы, следовательно, вполне можем допустить, что в жизни влечений единым, неразрывным, биологическим фундаментом обладают *одни только потребности*. Сами же так называемые «влечения» являются *скрещиванием, смешиванием различных потребностей*. Влечения, следовательно, генетически нельзя приравнивать «единому» явлению. Посредством именно такого взгляда на возникновение влечений можно прийти и к другим немаловажным выводам.

6. В соответствии с ген-биологическим подходом более правильным будет говорить о «*психологии потребностей*», чем о «психологии влечений».

7. Наверное, так никогда и не удастся прийти к единому и согласованному мнению о количестве и свойствах всех возможных влечений, так как «влечения» всегда представляют из себя скрещивание различных потребностей, но отнюдь не какую-то заранее заданную биологическую «единицу». Элементами влечения являются стремления и потребности. Сами же влечения всегда являются конгломератом, синтезом. И таких синтезов, скрещиваний потребностей можно всегда выставить больше, чем на то имеется уникальных, физиологических источников влечений.

^{*} В переводе с лат. dual обозначает единство пары («двуединство»), каждый из элементов которой соответствует другому и может его замещать; одновременно «двуальности» присуще еще и внутреннее противоречие, существование в ней противоположных сил; в идеалистическом дуалистическом учении говорится о двух независимых друг от друга, самостоятельных и абсолютно противоположных друг другу принципах всех явлений (например, в форме противоположности материи и духа), это учение противоположно монистическим взглядам, исходящим из одного-единственного принципа, что, например, характерно для материализма; в физической теории квантов «дуализмом» называют двойную природу материи, которая может одновременно описываться и как материальная частица, и как волна. — *Примеч. пер.*

8. Скрещивание потребностей следует генетически строго предписанным законам, но сам процесс скрещивания и момент его наступления зависят от разнообразных, внутренних и внешних, факторов, между прочим, и от сферы Я тоже.

2. Критерии для влечений, существующие в Анализе судьбы

Все критерии, на основании которых психология судьбы причисляет какое-либо действие человека к категории поступков, испытывающих на себе влияние влечений, базируются на ген-теории влечений. Мы выводим из ген-теории *пять* тесно взаимосвязанных друг с другом критериев.

Первый критерий: специфическая генетическая обусловленность влечений.

Не существует ни одного учения о влечениях, которое бы осмелилось отрицать генетическую обусловленность влечений. Систематическое проявление влечений, схожесть в формах проявляемых действий, которые испытывают на себе влияние влечений, особенно же стремление любой таковой активности воспроизвести одно из прежних состояний явно говорят о наследственном происхождении влечений. Наше учение о влечениях, однако, не останавливается на утверждении, что любое проявление влечений зависит от наследственного ансамбля человека. Оно идет несколько дальше и считает, что *существуют специфические гены влечений*, которые фигурируют в унаследованном ансамбле в качестве специфических источников энергии для стремлений влечений. То, что есть специфичного в конкретных генах влечений, то и обуславливает специфические качества отдельных потребностей влечений. А внутри специфичной потребности влечений многообразие ее форм проявления объясняется разнообразными вариациями одного и того же гена влечений, понимаемого в смысле *мультипльного* аллеля***. Итак, любой специальный ген влечений имеет в жизни влечений человека свою совершенно специфическую область проявлений. Обнаруживаемые различия в проявлениях одного и того же гена влечений как раз и появляются в результате различий отдельных аллельных вариаций по отношению к специфическому унаследованному материалу влечений. Так как один и тот же ген влечений имеет несколько (мультипльных) аллельных вариаций, которые могут выступать в самых разных комбинациях с геном-партнером, то один и тот же специфический ген влечений может проявляться в различных формах, начиная от наиболее примитивных, негуманных, жестоких актов до наивысшей, сублимированной деятельности человека-творца. Психология судьбы считает, что как так называемые *естественные* (природные), первобытные (архаичные), *негуманные* формы проявления, так и *«социализированные»* в характере, в профес-

* Multiple (лат.) — разно-, многообразный.

** Под мультипльным аллелем в генетике понимаются вариации одного и того же гена (аллеля); мультипльный аллель может проявляться в самых разных комбинациях с геном-партнером, и тем не менее в хромосомах он находится всегда на одном и том же месте. — *Примеч. пер.*

сиональной деятельности, и даже духовные, «сублимированные», гуманные формы, точно так же как и невротичные, «нездоровые» формы проявления объясняются индивидуальными комбинациями негуманных и гуманных аллельных вариаций одной и той же потребности влечения. *Эта гипотеза, однако, ни в коем случае не исключает роли личного, оценивающего Я, личностной ответственности, то есть «свободной воли».* Мы даже утверждаем, что *уже в процессе оплодотворения любая наша потребность влечения наделяется как негуманными, так и гуманными возможностями, которые скажутся на формировании судьбы.* Как видите, выходит так, что сама персона из унаследованных ею возможностей судьбы какие-то влечения будет протезировать, утверждать, а какие-то — отрицать. Отвержение существующего стремления зависит от имеющихся у индивида идеалов и от *персонально приобретенных* идентификаций, а этим уже мы переходим непосредственно ко второму критерию для влечений.

Второй критерий: полярность стремлений и потребностей влечения.

Влечения в соответствии с ген-теорией образуются на основе пары противоположных потребностей, а потребности — на основе пары противоположных унаследованных стремлений. Одна часть этих стремлений имеет негуманную природу, а другая часть — гуманную. *Большинство людей генетически разнородны относительно негуманной (или гуманной) природы своих стремлений влечений, то есть гетерозиготны.* Психические явления, в которых отсутствует эта структурная полярность, эта ген-биологически заложенная противоположность стремлений, вряд ли стоит относить к реальным, динамичным проявлениям влечений.

Третий критерий: напряженность влечений. Напор (порыв) влечений.

Напряженность влечений вызывается полярностью стремлений и потребностей. Проявляется она в виде *напора* влечений, величина которого зависит от величины различия тех генов влечения, которые совместно генетически обуславливают формирование определенной потребности или влечения. Именно напряженность влечения и наделяет все действия, осуществляемые под воздействием влечения, динамичностью*.

Четвертый критерий: физиологический и психологический критерий влечений.

В соответствии с этим критерием мы можем назвать какое-либо психическое явление испытывающим на себе воздействие влечения только тогда, когда мы обнаруживаем его у всех без исключения индивидов. В этом состоит *физиологическая* часть рассматриваемого критерия. А с другой стороны, в небольшой группе людей

* Динамичность говорит о том, что какое-то явление неизбежно испытывает на себе воздействие силы, энергии, а потому способно к изменению и развитию; тогда динамизация явления будет свидетельствовать об адаптации к происходящим изменениям; в философии под динамизмом понимается мировоззрение, которое объясняет реальную действительность энергетическими силами и их воздействием. — *Примеч. пер.*

это явление должно быть выражено в такой экстремальной степени, что мы вынуждены зарегистрировать самостоятельную болезнь влечения или «душевную болезнь». Это уже *патологическая* часть данного критерия, связанная со следующими гипотетическими предположениями:

Различие между «душевно»-больными и «душевно»-здоровыми генетически имеет не качественную, а всего-навсего количественную природу. Гены, приводящие к «идиопатической»⁷ душевной болезни, в первую очередь являются генами влечений, и прежде всего генами влечения Я, которые мы также обнаруживаем у всех людей без исключения; вот только их величина, дозировка у нормальных индивидов поменьше. А особенно болезненно повышена у душевнобольных людей тенденция к партиципации (сопричастность)⁸, праформа Я-влечения.

Таким образом, в соответствии с этой рабочей гипотезой, то, будет ли кто-то здоровым или душевнобольным (больным влечениями), или, говоря иначе, «душевно»-здоровым или «душевно»-больным, совместно определяется силой гена влечения и сферой Я. Тезис, который логически вытекает из этого критерия: *душевнобольные люди являются индивидами, которые прежде всего больны своими влечениями*. Понижение активности, перестройка сферы Я и всей личности, как и связанные с этим расстройства интеллекта, являются только особыми формами защитных механизмов, посредством которых человек пытается защититься от приносящих опасность потребности влечений. Точно также и галлюцинации или бредовые идеи понимаются нами в качестве механизмов защиты, как это уже стало традиционным в отношении механизма навязчивости, обморочных состояний («выставление себя в качестве тупа»), неудержимой двигательной активности, обращении садизма на самого себя или каких-либо других механизмов Я, с помощью которых невротическая персона пытается выбраться из водоворота влечений. Итак, в соответствии с нашей рабочей гипотезой душевная болезнь является таким же «функциональным» расстройством, как и невроз. И там, и тут для персоны генетически существует обуслов-

* Idiopathisch (грец.) — первичный, самостоятельный, возникший независимо от других болезней.

** Партиципация (лат.) — соучастие, участие в делах какого-либо общества. В аналитической психологии большое значение придается мистической партиципации. Антрополог Леви-Брюль использовал это понятие для того, чтобы обозначить отношение к какому-либо объекту («вещи»), когда субъект не способен отличать себя от объекта своего поклонения. Иногда это обусловлено господствующим в некоторых культурах представлением, что человек/род и вещь (например, культовый предмет или шедевр сакрального искусства) тесно связаны друг с другом. Такая связь актуализируется при вхождении в мистическую партиципацию. Юнг использовал это понятие с 1912 года и подразумевал под ним отношения между людьми, когда субъект или его часть оказывают влияние на другого человека. В современном психоанализе этот феномен называют проективной идентификацией: часть персоны посредством проекции перемещается в объект, который после этого можно воспринимать идентичным спроецированному на него содержанию переживаний. Мистическая партиципация (или проективная идентификация) является довольно рано проявляющейся формой защиты, играющей большую роль в патологии взрослых людей. Эта форма защиты позволяет субъекту осуществлять контроль над внешними объектами, придавая им обертоны, соответствующие своему внутреннему видению мира. Такого рода архетипическое наследие настолько сильно воздействует на внешний мир, что можно вообще говорить о субъективном мировоззрении или субъективной среде. В повседневной жизни мистическая партиципация является необходимым условием для того, чтобы люди тонко учитывали потребности друг друга или могли легко закончить речь, начатую партнером. Партнеры в таких случаях глубоко связаны друг с другом, чтобы стать тем, кем они собственно и должны быть (см. A Critical Dictionary of Jungian Analysis (ed. Samuels A.), L., 1986) - *Примеч. пер.*

ленная наследственностью предрасположенность попасть в водоворот только *одной совершенно специфической потребности влечения* и ни в какой другой, а также имеется совершенно специфический запасной выход для защиты от опасности, вызываемой этой потребностью, когда индивид вынужден оказывать себе помощь, прибегая к *совершенно специфическим механизмам защиты*, и ни к каким иным. Функционально же как неврозы, так и идиопатические, эндогенные психозы являются реверсивными (обратимыми) психическими явлениями. Мне удалось доказать этот тезис, проводя эксперименты посредством созданного мною теста. Так, например, шизофреники⁹ спустя 30 минут после проведенного им электрошока показывают свою преморбидную, «здоровую» структуру влечений, которая, следовательно, и во время шизофренического шуба оставалась в целостности и сохранности, разве что только пребывала в латентном состоянии. После такого искусственного вызова прежней «здоровой» структуры влечений на какое-то время исчезали «органические» шизофренические симптомы. Но до сих пор еще не найден способ, которым бы можно было удерживать, сохранить *на продолжительное время «здоровую» структуру влечений*. Да и вопрос о том, какие внутренние и внешние факторы определяют то, что унаследованная в большей степени, чем это обычно бывает, дозировка определенных генов влечения по временам будет проявляться в форме какого-либо психоза, в настоящее время остается без ответа. Но проведенные нами эксперименты доказали, во-первых, то, что наличие или отсутствие психотических проявлений в первую очередь зависит от актуально проявляющейся структуры влечений и от сферы Я у человека, и, во-вторых, то, что «здоровая» структура влечений в целостности и сохранности продолжает существовать у персоны даже в психотических фазах болезни, хотя и в латентной форме.

Что же означает этот критерий для построения учеными системы влечений? Да, очевидно, следующее: *при выставлении системы влечений необходимо учитывать существование противоположностей в тех парах, из которых образуются влечения; эти противоположности должны, с одной стороны, обнаруживаться у каждого индивида, а с другой стороны, полностью согласовываться с патопсихологическим, то есть психиатрическим наследственным кругом болезней.*

При использовании патопсихологического критерия мы обратили внимание на то, что решающие наследственные закономерности проявляются у двух групп людей: 1. у душевнобольных и 2. у невротиков. *Здоровыми же людьми по нашему мнению окажутся проводники («кондукторы»), то есть гетерозиготные индивиды, которые носят в себе ту единичную дозу тех же самых генов влечений, которые будь они в двойной дозировке, привели бы к болезни влечения.* Психиатрическое учение о наследственности обнаружило до сегодняшнего дня три самостоятельных наследственных круга душевных болезней. К ним относятся:

* Юнг, на которого прежде всего опирается Сонди, интересовался шизофренией еще со студенческих лет (тогда она называлась Dementia praecox). После создания концепции коллективного бессознательного и теории архетипов Юнг стал рассматривать психозы и особенно шизофрению как

- победу над сферой Я материала, пребывающего в коллективном бессознательном;
- доминирование над личностью одного или нескольких отщепленных комплексов.

А выводом отсюда является то, что проявления шизофрении наделены смыслом, стоит только их понять. Для этого прежде всего применяется техника ассоциаций, а позднее — метод амплификации, связывающий клинический материал с культуральными и религиозными мотивами — *Примеч. пер.*

1. *Шизоформный наследственный круг*, или короче *круг Sch*, к которому принадлежат кататонные и параноидные душевные болезни.
 2. *Циркулярный или маниакально-депрессивный наследственный круг*, короче, *круг С*.
 3. *Эпилептиформный или пароксизмальный наследственный круг*, короче, *круг Р*.
- К ним мы еще добавляем четвертый
4. *S-круг*, то есть наследственный круг *сексуальных заболеваний влечений*: сюда относятся гермафродиты, гомосексуалисты, садисты и мазохисты. Ученые, в том числе Магнус Хиршфельд*, доказали, что относящиеся сюда патологические явления имеют самостоятельный тип наследования.

Эти четыре наследственных круга болезней влечений можно обобщенно характеризовать следующим образом:

Круги этих болезней не совсем строго можно отграничить от нормы. Проявления ген-группы, которая детерминирует шизоформные реакции, занимают очень широкий вариативный ряд, один из полюсов которого — а именно тот, который входит в зону нормальности, — представлен шизотимной конституцией аления, а другой полюс — находящийся уже в области психопатологии, — шизофренией (*dementia praecox*) (Кречмер и др.). Между обоими этими полюсами мы встречаем целый ряд невротических проявлений. Схожую картину мы обнаружим и при рассмотрении наследственных кругов циркулярных, эпилептиформных и сексуальных заболеваний. Потребности влечений, в своих экстремальных вариантах представляющие шизофреническими, маниакально-депрессивными индивидами, эпилептиками и сексуально ненормальными индивидами, мы легко находим и у всех без исключения душевно здоровых людей; частично это будет обнаруживаться на более ранних ступенях естественного развития влечений, частично — в характере, а может быть, и в какой-либо социализированной, сублимированной форме. Частично они проявляются в отдельных профессиях, где потребности влечений обнаруживаются в форме специфического «оперотропного» круга интересов, связанного с определенной профессией (например, дамский парикмахер, мясник, монах, психиатр), а возможно, в предпочитаемых формах досуга (хобби, спорт и т. д.) или в генотропных выборах в любви и дружбе. Основная гипотеза Анализа судьбы состоит в утверждении, что те самые гены, которые в двойной, «полной» дозе могут привести к болезни и смерти, в обычной дозе, то есть у гетерозиготных кондукторов, будут способствовать укреплению жизненных сил, практичности и стойкости при любых жизненных испытаниях. Эти гипотезы Анализа судьбы не принимаются генетиками, ограничивающимися классическими догмами. Но с каждым годом все больше появляется результатов экспериментальной генетики, явно подтверждающих вышеупомянутый тезис Анализа судьбы; это особенно относится к тем данным, которые были собраны в экспериментах, проводимых в растительном мире. Превосходным обзором соответствующих результатов мы обязаны Аке Густафсону из шведского научно-исследовательского института генетики. Густафсон приво-

* Magnus Hirschfeld (1868–1935), немецкий врач и сексолог. Хиршфельд был не только пионером эмпирических исследований в области сексологии, но и основателем Берлинского института сексологии (1918 г.). Наряду с сексуальной патологией (книга «Пол и преступления», 1931 г.) главной темой исследований Хиршфельда была присущая всем людям бисексуальность (андрогадность) (книга «Гомосексуальность мужчины и женщины», 1914 г.). — *Примеч. пер.*

дит целый ряд данных^{*}, которые недвусмысленно показывают, что *приводящие к смерти* (летальные) *гены, если только они представлены в обычной дозе, у гетерозиготных людей (Heterose), приводят к повышению способности жить*. Да и в общепринятом смысле это благоприятно воздействует на жизненную энергию: способность размножаться наряду с такими признаками, как, например, длина стебля и колосьев, кустистость у некоторых растений заметно повышается в присутствии *обычных доз летальных генов*.

Да и в экспериментах с животными тоже доказана повышенная жизненная энергия при гетерозиготной летальной мутации, правда, пока только для одного из периодов жизненного цикла.

Для теории Анализа судьбы важными являются утверждения о том, что гетерозиготное состояние является предварительным условием высокой способности к модификации; чисто гомозиготная линия в принципе наносит явный ущерб развитию.

Гипотеза о том, что одни и те же гены, которые в «двойной дозе» обуславливают болезнь — например, параноидную шизофрению — в обычной дозе могут вызывать к жизни ценные способности — например, профессиональную увлеченность психиатрией — в свете упомянутых экспериментально-генетических исследований кажется не столь смелой, как то было во времена моих первых публикаций на эту тему.

Пятый критерий: самостоятельный тип наследования.

В соответствии с пятым критерием нам еще необходимо доказать то, что *выбранная нами потребность влечения имеет самостоятельный тип наследования*. О самостоятельном типе наследования в генетике говорят в тех случаях, когда какой-либо признак (или болезнь) генетически связан со специфическим геном. Естественно, что легче всего самостоятельный тип наследования можно показать на экстремальных случаях, при душевных болезнях или болезнях влечений, то есть на «гомозиготных» индивидах. Учению о наследственности еще далеко до того, чтобы окончательно и с математической точностью установить тип наследования четырех приводимых нами кругов наследственных болезней. *Результаты широкомасштабно проведенных генетических исследований все же доказывают, что упоминавшиеся нами психологические явления, испытывающие на себе влияние влечений, имеют самостоятельный тип наследования.*

3. Система влечений в Анализе судьбы

В соответствии с четырьмя самостоятельными типами наследования кругов заболеваний влечений мы должны допустить существование не менее и не более как именно четырех влечений. Эти влечения мы называем «*векторами влечений*». Так же как в математике термин «вектор» означает ограниченную линию (луч), указывающую направление, так и название «вектор влечения» в экспериментальной диагностике влечений говорит нам о строго определенном влечении в специальном направлении.

^{*} Gustafsson, Ake. The Effect of Heterozygosity on Variability and Vigour. «Hereditas», XXXII, 1946 r

Четырьмя влечениями или векторами влечений являются:

S-вектор: *сексуальное* влечение.

P-вектор: влечение к *пароксизмам*, к *неожиданности*, *внезапности* и *сюрпризам* (как можно сильнее поразить другого).

Sch-вектор: *Я*-влечение.

C-вектор: влечение к *контактам*.

Так как каждый из этих четырех психопатологических наследственных кругов представлен клинически (и генетически тоже) в двух отдельных формах, *то в общем мы приходим к существованию восьми специфических потребностей влечений*, которые мы называем «факторами влечения». Эти восемь факторов влечений являются радикалами в жизни влечений.

Восемь психических наследственных болезней, из которых попарно образуются отдельные общие наследственные круги, представлены.

- | | | | |
|--------------------------------|---|--|---------------|
| 1. Сексуальные заболевания | < | Гермафродитизмом и
гомосексуальностью (<i>h</i>)
Садизмом (<i>s</i>) | |
| 2. Пароксизмальные заболевания | < | Эпилепсией (<i>e</i>)
Истерией (<i>hy</i>) | |
| 3. Шизоформные заболевания | < | Кататонической (<i>k</i>)
Параноидной (<i>p</i>) | } шизофренией |
| 4. Циркулярные заболевания* | < | Депрессивными (<i>d</i>)
Маниакальными (<i>m</i>) | |

Мы считаем, что патологические и физиологические гены влечений являются формами *одного и того же* гена правления, появляются они путем *мутаций*. Поэтому мы различаем *восемь* специфических потребностей влечения, уже представленные нами выше в качестве «*факторов влечений*», пары которых могут соединяться и становиться принадлежностью одного общего вектора влечения. Так что если подсчитать, то окажется, что в судьбоаналитической системе влечений мы учитываем *шестнадцать тенденций влечений, восемь потребностей влечений и четыре влечения*.

* В первом издании учебника мы встречаем следующую схему восьми физиологических факторов влечений:

1. *h*: потребность в нежности и материнстве, желание быть женщиной, пассивность, женственность
2. *s*: потребность в агрессии, садизме, желании быть мужчиной, по-отцовски заботиться о детях, активность, мужество
3. *e*: потребность в накоплении грубых аффектов: ярости, ненависти, гнева, мстительности
4. *hy*: потребность в выставлении себя на всеобщее обозрение или экзгибиционизме, честолюбие
5. *k*: потребность в ограничении своего Я, эгоиста (оценивающее Я; материальное Я, захватывающее объекты в свою личную собственность)
6. *p*: потребность в расширении Я, эгоиста (духовное Я)
7. *d*: потребность в поиске и приобретении объектов, аналность (Фрейд)
8. *m*: потребность в привязанности к приобретенному объекту, сохранение приобретенного объекта, оральность (Фрейд)

Схема 1 показывает строение влечений, а таблица 1* позволяет составить более целостное представление о системе влечений, на которую ориентируется экспериментальная диагностика влечений

4. Метаморфозы форм проявления факторов влечений

Факторы влечений являются радикалами жизни влечений. Потому они и наделены свойствами, присущими всем радикалам (решительностью и радикальностью). Одним из этих «радикальных» качеств, присущих всем без исключения факторам влечений, является *способность изменять внешнюю картину своего проявления*. Такие возможные вариации мы попросту называем «*возможностями судьбы*». Этой способностью к метаморфозам мы обязаны тому, что человек является биологическим существом, наделенным *несколькими возможностями судьбы*, он не ограничивается одной-единственной, заранее предопределенной судьбой. Для понимания этих разных (мультипльных) возможностей судьбы восьми факторов влечений человека мы должны здесь обратить внимание на следующее:

1. Каждому фактору влечения в качестве радикала судьбы в самых разных его проявлениях соответствует филогенетическая, родовая форма; ее мы обнаруживаем уже в животном царстве, особенно среди приматов. *Только так называемые Я-факторы, то есть потребности эго-систолы (фактор k) и эго-диаistolы (фактор p) мы ни в какой форме не обнаружим у животных*. Эти два фактора влечения присущи исключительно человеку, появляясь у homo sapiens вначале в виде начинающей формироваться сферы Я.

2. *Каждый фактор влечения имеет особую форму проявления, типичную для раннего детства, и она полностью совпадает с «догенитальными частичными влечениями», описанными Фрейдом*

3. *Биполярная природа любого фактора влечений в качестве радикала судьбы может обнаруживаться уже в первый пубертатный период (от трех до шести лет)*. Двухполюсные факторы влечений — как, например, любовь к человеку — любовь к человечеству (h), активность — пассивность (s), притязания Авеля — притязания Каина (e), тщеславие — стыдливость (hy), аутизм — отрицание (k), инфляция — проекция (p), поиск — постоянство (d), привязанность — одиночество (m), — приводят к появлению противоположностей, существование которых посредством экспериментов с тестом влечений можно обнаружить уже в раннем детстве.

4. *Каждый из восьми факторов влечений обуславливает особый тип ансамбля свойств характера, которые можно использовать для построения нормальной типологии характеров.*

* Все психические и психопатологические проявления интерпретируются Сонди на основе нескольких фундаментальных принципов. Это чем-то напоминает созданную Менделеевым периодическую систему химических элементов, которая позволяет классифицировать все разнообразие химических элементов, несмотря на присущие им различные качества. Таким образом, подход Сонди означает дальнейшее развитие психиатрической диагностики, в нем обнаруживается переход от более-менее произвольного установления классов к классификации на основе катеторий. — Примеч. пер.

Схема 1. Структура субординационной системы влечений

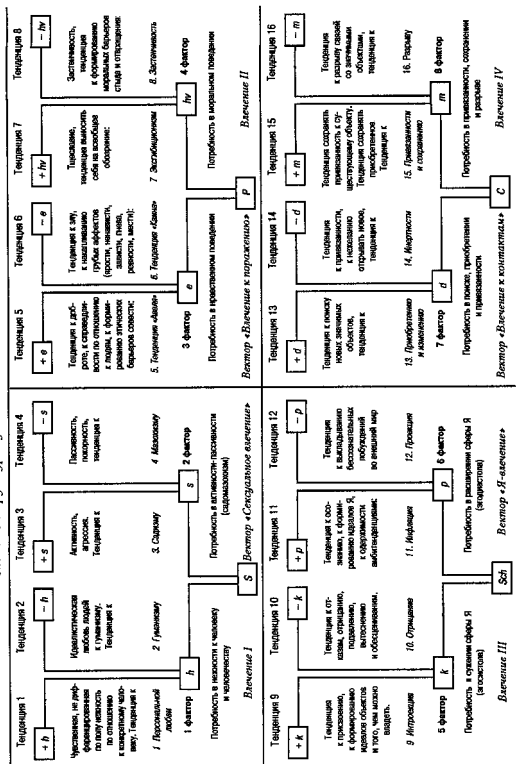


Таблица 1. Система влечений в экспериментальной психологии влечений

Знак	16 видов стремлений (тенденций) влечений	8 факторов (потребностей) влечений	4 влечения (векторы влечений)
+ h	1. Тенденция к персональной чувственной нежности и любви	I. Женственность, (пра)материнство, h-фактор = эрос-фактор	I. S-вектор Сексуальное влечение
- h	2. Тенденция к коллективной, гуманизированной нежности, к любви ко всему человечеству		
+ s	3. Тенденция к садизму, агрессии, экзистивности	II. Мужественность, отцовская забота о детях, s-фактор = фактор деструкции и танатоса	II. P-вектор Влечение к пероксидам и поражению врага, влечение к этично-моральному поведению
- s	4. Тенденция к улучшению цивилизации, рыцарскому поведению и благородству, жертвенности собою и покорности вплоть до пассивности и милосердия		
+ e	5. Тенденция к добру, к справедливости между людьми, толерантности, благосклонности, милосердию, готовность помогать, кротость и притязания Авеля	III. Потребности Авеля и Каина. Желание убивать и внутренний закон против убийства, e-фактор = фактор этоса (этики)	III. Sch-вектор Я-влечение Иметь и быть
- e	8. Тенденция к злему, то есть накапливанию в себе ярости, несправедливости, нетерпимости; притязания Каина		
+ hy	7. Тенденция к бесстыдному выставлению себя на всеобщее обозрение, честолюбие, тщеславие	IV. Потребность в честолюбии и тщеславии, эгибиционизм и стремление спрятаться, hy-фактор = фактор морали	IV. C-вектор Влечение к контактам
- hy	8. Тенденция испытывать стыд в коллективе, уходить в мир фантазии		
+ k	9. Тенденция к вулгизму, эгоизму, эгоцентризму, нарциссизму, интроекции, к власти посредством обладания	V. Я-сужание, эгосистола, оценивающее, материальное Я, желание иметь, k-фактор = систола-фактор по отношению к Я-расширению	IV. C-вектор Влечение к контактам
- k	10. Тенденция адаптации к реальности и коллективу, к вытеснению, к отказам и деструкции со стороны Я		
+ p	11. Тенденция к расширению своего Я (инфляция), к захвату власти посредством своих достоинств, амбитенденциозность	VI. Я-расширение, эгодиастола, духовное Я, желания быть, p-фактор = диастола-фактор	IV. C-вектор Влечение к контактам
- p	12. Тенденция к партиципации (сопричастности): единение и равенство с другими людьми или их обвинение; тенденция к проекции		
+ d	13. Тенденция к приобщению ценностей, игнорируя интересы других людей, тенденция к поиску новых объектов и к недоверию	VII. Потребность приобретать: потребность в поиске и постоянстве, d-фактор = фактор доверия-недоверия	IV. C-вектор Влечение к контактам
- d	14. Тенденция к отказам ради пользы всем другим людям, к доверию, к анальности, к постоянству		
+ m	15. Тенденция к привязанности (цеплянию) за прежний объект (вещь, человека), к оральности и гедонизму	VIII. Потребность в прищипывании, привязанности и отделении, m-фактор = фактор привязанности и отделения	IV. C-вектор Влечение к контактам
- m	18. Тенденция к стданию и одиночеству		

Таблица 2а. Метаморфозы в формах проявлений факторов влечений

Факторы влечений → Область проявлений ←	<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>
<i>I.</i> Филогенетическая, животная	Гермафродитная любовь	Потребность в разбоях и нападениях	Влечение к защите Потребность выдавать себя за труп	Неудержимый натиск движущий
<i>II.</i> Частичные влечения раннего детства (прегениальные по Фрейду)	Бисексуальная эротика	Садистическая эротика	Уретральная эротика (энурез)	Стремление демонстрировать себя, эсгибировать и подсматривать
<i>III.</i> Зрелые, характерные для взрослых людей	а) Персональная любовь + <i>h</i> б) Любовь к человечеству - <i>h</i>	а) Активность, самосохранение + <i>s</i> вместе с + <i>d</i> б) Пассивность, покорность - <i>s</i>	Влечение поразить собою. а) Цензура совестию Притязания Авеля + <i>e</i> б) Накоплением грубых аффектов (ярости, ненависти, гнева, мстительности, ревности, зависти) Притязания Каина - <i>e</i>	а) Честолюбие, тщеславие + <i>hy</i> б) Цензуре моралью - <i>hy</i> с) Уход в мир фантазии - <i>hy</i>
<i>IV а)</i> Социализация в характере	а) Теплые, мягкие черты характера: сердечность, нежность, объектом которой всегда является только одно определенная персона, семья, религия, общественный класс, раса, народ, нация и т. д.; материнство, желание быть женщиной, пассивность, желание быть заводей и получать подарки, стремление к нарядам и косметике; сентиментальность, самозабвенность и кокетство, инстинктивность, «чувье» на вещи, субъективность, внушаемость, детская доверчивость, лирические интеллерсы. б) Стремление овладеть культурой, любовь и чуткое отношение к природе и ко всему человеческому, духовная гуманность	а) Холодные, суровые черты характера (мужская агрессия), склонность к активности и насилию, воинственность и наступательность, энергичность, жажда деятельности, дух предпринимательства, радость разрушать и критиковать, упорство и настойчивость, самоуверенность, объективность, умение обнаруживать суть вещей, чувство реальности, хорошая ориентировка, потребность быть мужиком, проявлять отцовскую заботу, стремление управлять партнером б) Покорность, смирение, готовность пожертвовать собою ради коллектива, желание давать и защищать других; рыцарское поведение по отношению к коллективу, стремление приукрасить других и улучшить цивилизацию, этическая гуманность	а) Милословие, нострадание, доброты, снисходительность, простодушие, доверчивость, благосклонность, способность сочувствовать, терпимость, совестливость, кротость (по то сасе), смирение, поклонение истине, этическая одержимость б) Злобность, готовность прогнать злобу, ненависть, зависть, ревность, гнев, мстительность, ярость злораство, безжалостность, бесчужественность. Взымательность аффектов, посредством которой можно поразить врага, нетерпимость	а) Тщеславие, честолюбие, потребность получать одобрение, стремление к славе, самозабвенность, стремление демонстрировать («афишировать») себя, желание «равняться» и поражать других людей совершенно необычным поведением, манерами, подарками и т. д., кокетство, желание быть популярным, чрезмерное увлечение фантазированием, наличие только моральной цензурой в виде стыда, стремление к желобам и выражению недовольства (±лу) лживость, боязливость. Атероские способности б) Стыдливость, робость, желание спрятаться, нереальный мир фантазии (напрямую, в обещаниях политиков)

Таблица 26. Метаморфозы в формах проявлений факторов влечений

Факторы влечений → Область проявлений ↓	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
I. Филогенетическая, животная	—	—	Отправиться на поиск питания, объекта любви и т. д.	Судорожно цепляться за мать, место обитания и т. д.
II. Частичные влечения раннего детства (прегенитальные по Фрейду)	Пранарциссизм Первая фаза интроверсии Создание мира восприятия	Пре-проекция Дуальный союз с матерью Партиципация (сопричастность)	Анальность Анальная зрелость	Оральность Оральная зрелость
III. Зрелые, характерные для взрослых людей	Эгоистическая. Аутизм а) Созданию идеалов и видо объектов и владений + <i>k</i> b) Отрицание Отказ Вытеснение — <i>k</i>	Эгоидическая а) Созданию Я-идеалов Духовные устремления + <i>p</i> b) Проекция Партиципация — <i>p</i>	а) Стремление к приобретательству и изменению + <i>d</i> b) Прилипчивость, инертность, потребность коллекционировать — <i>d</i>	а) стремление к сохра- нению приобретенного объекта. Сральность. Желание быть принятым и одобренным таким, каким ты есть. Фру- страция, кастрация + <i>m</i> b) Стремление к отделению — <i>m</i>
IV а) Социализация в характере	а) Интроверсия, эгоизм, эгоцентризм, нарциссизм, аутизм, маниакальное стремление к захвату вла- сти, трезвость, домини- рование рассудка, стрем- ление к знаниям, любовь к формализму и логике, реализм, рационализм, монотония, навязчивое стремление к порядку, пе- дантичность, упрямство. Идеалы относятся к миру собственности «это бы я хотел иметь», b) стремление все отри- цать, стремление обообо- биться, подавленность и вытеснение, деструктив- ные стремления?	а) Экстраверсия, страст- ность, стремление покло- няться и обожать, меч- тательность, энтузиазм, одержимость, пристраст- ность, чувство павфоса, дистанция и положения, переоценка себя, маниа величия, высокомерие, надменность, стремление соперничать. Идеалы от- носятся к бытию: «таким я хотел бы быть», b) недооценивание себя, бред на тему своей незна- чительности, истязание, измучивание самого себя, осторожность, недоверие, стремление принимать на себя роль козла отпущения, (затевная) обидчи- вость и злопамятство, за- диристость и ссорливость, сверхчувствительность, (скрытая) враждебность, стремление обвинять дру- гих, страсть к клеветниче- ству и сутяжничеству, чув- ство собственной непоп- лощинности?	а) Стремление к приоб- ретенности. Вечные по- иски, любопытство, ма- ния нововведений, недо- верие, расточительность, щедность, безмерность, распущенность; мораль- ная неустойчивость; бес- принципность; b) доверие, чистосердеч- ие, премодушие, иск- ренность, бережливость, страсть к коллекциониро- ванию жадность, алч- ность, корыстолюбие, ра- дость при отказывании другим, консерватизм, стремление критиковать и соперничать, уныние, тоска мрачного настро- ения, инертность	а) Стремление к прива- занности и цеплянию за какую-либо определенную персону, семью, религию, общественный класс, на- род, нацию, навязчивое стремление сохранять имеющееся, повышенное стремление испытывать наслаждения и веселить- ся, веселый нрав приват- ливости, добродушие, об- щительность, своеобразие причуды, переменчивость, непостоянство, каприз- ность, страх потерять об- ъект привязанности. b) одиночество, опиро- тельность, пустота, гонка за успехом, спешка, нереаль- ная связь с миром (пред- расположенность к нарко- мании и распущенности)

Таблица 2а. (Продолжение)

Факторы влечений → Область проявлений ←	<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>
<i>IV б)</i> <i>Социализация</i> <i>в профессии</i> (здесь мы приводим только несколько приме- ров; более подробно смотри таблицу 17 в «Анализе судьбы»)	<i>а)</i> парикмахер-парик- махерша, косметолог, банщик, обслуживающий персонал в салонах ручных работ и банях, владелец гостиницы, кальянер (официант), кондитер, повар, производитель баня, модельер, танцор, артист, балерина, певец, шпикс; <i>б)</i> музыкант, лирический поэт, психолог, антрополог, сексопатолог	<i>а)</i> мясник, мастер по выделке ножей, маникюрша, педикюрша, опрационная сестра, хирург, патологоанатом, судья, палец; <i>б)</i> дровосек, лесоруб; <i>с)</i> каменотес; <i>д)</i> скульптор, стоматолог; <i>е)</i> возница, укротитель зверей, служащий зоопарка, ветеринар; <i>г)</i> борец на ринге, прикладатель физкультуры, массажист; <i>з)</i> шофер, егерь (охотник), солдат; <i>h)</i> крестьянин, фермер ⁴	<i>а)</i> профессии, связанные с транспортом, мальчик на побегушках (рассылный), моряк, шофер, летчик, служащий железной дороги; <i>б)</i> горнорабочий, шахтер, кузнец, печник, истопник (кожегар), трубач, пожарник, пиротехник, лекарь, булочник; <i>с)</i> профессии, связанные с взрывами: огнемечник, шахтер, горнорабочий, владелец порохового завода и т. д.; <i>д)</i> религиозные профессии, монахиня, монах, ластор, специалист по охране здоровья, санитар ⁵	<i>а)</i> актер; <i>б)</i> политик, оратор <i>с)</i> актерские профессии <i>д)</i> уличный зазывала, продавец на рынке; <i>е)</i> фотомодель, натурщица, танцовщица; <i>г)</i> художник и т. д. ⁶
<i>V.</i> <i>Сублимация</i>	<i>Культура</i> <i>Литераторы-гуманисты</i>	<i>Техника</i> <i>Цивилизация</i> <i>«Государственные»</i> <i>гуманисты</i>	<i>Этика</i> <i>Религия</i> <i>Церковные религиозные</i> <i>и этические гуманисты</i>	<i>Театральное искусство</i> <i>и вообще любое</i> <i>искусство</i>

Таблица 26. (Продолжение)

Факторы влечений → Область проявлений ↓	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
IV б) <i>Социализация в профессии</i> (здесь мы приводим только несколько примеров; более подробно смотри таблицу 17 в «Анализе судьбы»)	а) учитель, профессор (математики, физики, философии, национальной экономики); б) военный; в) инженер; г) критик-искусствовед, в) бухгалтер, почтовый служащий, телеграфист, картограф, художник-график, печатник; ж) крестьянин, фермер, ночной сторож, манекенщица?	а) изобретатель, конструктор; б) поэт; писатель; в) психолог, психиатр; г) мифолог, мистик, археолог, геолог, палеонтолог, детектив, адвокат, контрразведчик; в) руководитель экспедиции, организатор, миссионер; ж) музыкант; з) аптекарь, химик, токсиколог и т. д. ²	а) торговец марками и антиквариатом, служащий музея, коллекционер произведений искусства, организатор аукциона; б) критик-искусствовед; в) художник, маляр, г) банкир, служащий ломбарда; в) сборщик утиля, подметальщик улиц, истребитель вредных насекомых, рабочий-кожевник ж) рабочий склада или химчистки з) среди врачей специалист по кишечным заболеваниям и т. д. ³	а) преподаватель (иностранного) языка, лингвист, (хирург)-стоматолог; б) биржевой спекулянт, банкир; в) закупщик, торговый агент, представитель фирмы, продавец г) повар, аладелец ресторана, содержатель кафе, бармена, дегустатор вина; кальянер (официант) в) музыкант: духовые инструменты, джаз. ж) (кино)фильм, музыкальная школа, руководитель концертного бюро ... ⁴
V. <i>Сублимация</i>	<i>Искусство мыслить</i> , философия, метафизика, эстетика, логика, математика <i>Социалистические гуманисты</i>	<i>Фантазия и поэзия</i> , исследование, духовно-творческие гуманисты	<i>Национальная экономика</i> , экономические гуманисты	<i>Искусство речи</i> и вообще искусство в целом

Таблица 2а. (Окончание)

Факторы влечений → Область проявлений ↓	h	s	e	hy
И Образование симптомов и формы болезни	а) Гермафродитизм ¹¹ , трансвестизм, гомосексуальность, б) растрепанность, проститутка, сводник, сутенер ¹²	а) садизм, педерастия, содомия, садомазохизм (метатропизм ¹³), мазохизм, фетишизм ¹⁴ , б) сексуально-извращенный убийца, бандит (убивающий с целью ограбления)	а) врожденная эпилепсия (Morbus sacer) и ее эквиваленты, мигрень, заикание, вазомоторные (сосудистые) неврозы, астма, вазомоторный ринит, экзема, аллергические заболевания, энурез и т. д. паранойд на эпилептической почве ¹⁵ , б) клепто- и пиромания, порнография, убийство на почве аффективного возбуждения	а) истерия, фобия, Ракх постиптус ¹⁶ , псевдологичное фантазирование (мифомания), конвокация ¹⁷ , б) асферизм, молчаливость

¹ Здесь более высоко котирующиеся качества находятся в рубрике а) *Примеч. пер.*

² К качествам характера более высокого уровня Сонди относит в факторе k те, что способствуют приспособлению к коллективу и вытеснению аутизма, эгоизма, эгоцентризма и нарциссизма. — *Примеч. пер.*

³ К качествам характера более высокого уровня Сонди относит в факторе r те, что способствуют стремлению расширить гуманные потребности тела, чуткости к коллективу, рыцарство и благородство, стыдливость, способность отказываться от корыстных желаний; создание и распространение духовного гуманизма, одержимость идеалами коллектива. *Примеч. пер.*

⁴ К профессиям более высокого уровня в первом издании учебника Сонди относит: хирурга, стоматолога, патологоанатома, операционную сестру; скульптора и солдата. — *Примеч. пер.*

⁵ Профессии, перечисленные под рубрикой d). Сонди относит к более высокому уровню. — *Примеч. пер.*

⁶ К профессиям более высокого уровня Сонди относит политика и актера. — *Примеч. пер.*

⁷ К профессиям более высокого уровня в факторе k Сонди относит профессора, логика, философа, эстетика, математика-теоретика, физика. — *Примеч. пер.*

⁸ К профессиям более высокого уровня в факторе p относятся мифолог, археолог, графолог, психиатр, психолог, музыкант. — *Примеч. пер.*

⁹ Профессиями более высокого уровня в факторе d являются критик и служащий музея. — *Примеч. пер.*

¹⁰ Профессиями более высокого уровня в факторе m являются политик, человек, овладевший искусством речи, и творческий деятель. — *Примеч. пер.*

¹¹ В первом издании учебника среди заболеваний фактора h выделяются только гермафродитизм, зато он более точно дифференцируется на: 1) генитальный, 2) соматический (андрогинный), 3) психический (трансвестизм) и 4) психосексуальный (гомосексуализм и метатропизм). *Примеч. пер.*

¹² В первом издании учебника мы здесь встречаем еще шпиона. — *Примеч. пер.*

¹³ Метатропизмом называется ненормальное поведение, когда женщина играет активную роль, а мужчина — пассивную (M. Hirschfeld, Sexuelle Zwischenstufen (Промежуточные сексуальные ступени), Bonn, 1918 г., стр. 229. *Примеч. пер.*

¹⁴ В первом издании учебника среди заболеваний фактора s представлен только садизм, подразделяющийся на: 1) недерастию, 2) содомию, 3) садомазохизм и 4) метатропизм. — *Примеч. пер.*

¹⁵ В первом издании учебника заболевания фактора e представлены более четко: 1) генуинная эпилепсия, абсанс, ликлолепсия (короткие и частые припадки, заключающиеся в мелких судорогах мышц век, глаз, с запрокидыванием рук назад, словно больной пытается что-то достать за затылок; иногда происходит только выкатывание и незначительное подергивание глазных яблок вместе с судорогами век), нарколепсия, эпилептический психоз, порно, дипсо, 2) клепто-, пиромания, танатомания 3) мигрень-вазонеурозы, 4) заикание; 5) энурез. — *Примеч. пер.*

¹⁶ Raxh postipus (лат.) — ночной испуг с громким вскрикиванием (особенно у детей). — *Примеч. пер.*

Таблица 26. (Окончание)

Факторы влечений → Область проявлений ~	k	p	d	m
И. Образование симптомов и формы болезней	а) Кататония, шизоидия, невроз навязчивости, кон- версионная истерия, ипо- хондрия, фетишизм и дру- гие пerversии ¹⁷ б) уклонение от работы, лень ¹⁸	а) паранойд, шизофре- ния, клаузуничество (су- тажничество), мания ве- личия, наркомания ¹⁹ б) политический пре- ступник с манией ве- личия, мачехист, аферист	а) депрессия, распу- щенность, беспринцип- ность, фетишизм ²⁰ б) воровство, распу- щенность	а) мания, гипомания, болезненные пристрастия и неудержимые влечения (пьянство), распущен- ность, беспринципность ²¹ б) мощничество, на- дутье, бигамия ²² (двоеженство, двоему- жие) ²³

¹⁷ В первом издании среди заболеваний фактора *ky*: 1) истерия, истерия страха, 2) тик, 3) фобия, 4) *Pavor* *postignus* и 5) псевдологичное фантазирование — *Примеч. пер.*

¹⁸ В первом издании учебника среди заболеваний фактора *k* мы встречаем: 1) кататонию, 2) шизоидный невроз, 3) невроз навязчивости, 4) конверсионную истерию и 5) апатичную астеническую неврастению. — *Примеч. пер.*

¹⁹ В первом издании учебника мы встречаем здесь еще бродягу, вахонщика и громилу. — *Примеч. пер.*

²⁰ В первом издании учебника среди заболеваний фактора *p*: 1) паранойя, 2) параноидная шизофрения, 3) параноидная сенильная деменция, 4) клаузуничество, 5) неврастения с повышенной раздражительностью, 6) параноидная мания величия, 7) параноидная гомосексуальность, 8) наркомания. — *Примеч. пер.*

²¹ В первом издании учебника среди заболеваний фактора *d*: 1) депрессия, 2) меланхолия и 3) неврастения с повышенной раздражительностью и депрессией — *Примеч. пер.*

²² В первом издании учебника среди заболеваний фактора *m*: 1) мания, гипомания, 2) гипоманиакальные неврастения с повышенной раздражительностью, 3) алкоголизм и наркомания, 4) нимфомания и сатириазис. — *Примеч. пер.*

²³ В первом издании учебника мы здесь еще встречаем дипсоманию. — *Примеч. пер.*

²⁴ В первом издании учебника таблица метаморфоз влечений представлена более просто: каждая потребность влечений может проявиться в трех формах, а именно: 1) в экстремально негативной, то есть в болезненной форме; 2) в физиологической, нормальной форме; 3) в экстремально позитивной, то есть в социализированной или сублимированной форме. Среди патологических, экстремально-негативных форм проявлений мы встречаем: а) заболевания влечений б) формы преступлений, в третьем издании они приводятся в рубрике таблицы VI б), в), формы выбираемого вида смерти:

- *ky*: яд, револьвер
- *s*: ползать в петлю, нож, опасная бритва, кинжал, топор, сабля и т. д.
- *e*: прыжок в пропасть, сожжение на костре, смерть как следствие дипсомании
- *ky*
- *k*: смерть голоданием, броситься под поезд
- *p*: яд, револьвер
- *d*: снотворные (яд)
- *m*: отравление алкоголем

Среди физиологических, нормальных, социальных форм проявлений мы встречаем выражения влечений в характере и в выборе профессии, а социально-позитивные, экстремально позитивные формы проявлений мы обнаруживаем в характере и профессиональной деятельности в их более возвышенных вариантах.

Сонди считает, что таблица влечений без всяких сомнений дает нам только неполную картину возможностей к метаморфозам у восьми факторов влечений. Эти возможности называются судьбоносными возможностями потребностей влечений. — *Примеч. пер.*

5. Каждый фактор влечения обуславливает притягательность особой профессиональной сферы, а этим — и особого круга социальных контактов.

6. Каждый фактор влечения обуславливает особый вид интеллектуальной деятельности. Восемь факторов влечений представляют собой наиболее глубокие мотивы правлений, влияющих на выбор психической деятельности. Факторы влечений являются архаичными побуждающими факторами, они определяют, сможет ли кто-либо посвятить себя и свои способности области общечеловеческой культуры и гуманности (h), технике и улучшению цивилизации (s), религии и этике (e), актерскому искусству (hu), теоретическим разработкам в области философии, метафизики, математики, логики (k), творчеству, сочинительству и исследованиям (p), экономике или коллекционированию произведений искусства (d), искусству речи (оратор, певец и т. д.) (m). В главе о сублимации еще будет идти речь о том, что мы не считаем сублимацию смещением и автоматическим преобразованием приносящих опасность сексуальных тенденций, как это делает Фрейд. Мы считаем, что существует генуинная (врожденная) тенденция к сублимации, то есть самостоятельная, изначальная, априорно данная, психическая тенденция, которая в виде контрполюса более низких тенденций с самого начала присуща любому человеку в качестве одной из возможностей судьбы, хотя количество и качество этой тенденции заметно различаются у разных индивидов.

7. Эти восемь факторов влечений обуславливают совершенно специфические комплексы симптомов, которые в виде совершенно особых, первичных, независимых от других факторов симптомов могут появляться при специфических заболеваниях влечений и души.

В таблице 2 мы собрали воедино возможности судьбы, предоставляемыми восемью факторами влечений. Читатель найдет здесь в рубрике I филогенетические, еще полностью животные, формы проявления, в рубрике II — прегенитальные проявления в раннем детстве, в рубрике III — зрелые проявления влечений у взрослых людей, в рубрике IV — проявления, социализируемые в профессии, в V — сублимированные проявления, в VI — проявления, приводящие к симптомам.

В этой таблице отражается наш опыт и находки, которые мы накопили за четыре десятилетия, проводя генеалогические, судьбо-психологические и психоаналитические исследования, и каждый раз они подтверждались на практике. В таблице также можно найти ответ на часто выставляемый вопрос: каким образом психология судьбы может объяснить столь огромное разнообразие в жизни влечений и сферы Я, пользуясь всего на всего восемью факторами? Все предложения по улучшению нашей системы влечений, с пожеланием видеть в ней «новые» факторы влечений, которые мы за прошедшие 30 лет получили с различных сторон, при ближайшей проверке не выдерживали никакой критики. Все предлагаемые «новые» факторы оказывались только особыми вариациями формы проявления какого-либо из факторов нашей генетической системы влечений. Так что наша система влечений и далее продолжает базироваться на восьми факторах влечений, выставленных нами в 1937 году, а в 1939 году мы впервые опубликовали о ней работу*.

После прояснения того, что же представляют собой элементарные, основные функции 16 тенденций влечений, восьми потребностей влечений и четырех влечений, мы можем перейти теперь к тестовой методике.

* Работа «Влечение и воспитание» опубликована на венгерском языке Институтом психологии Будапештского университета. — *Примеч. пер.*

РАЗДЕЛ II

ОБЩАЯ МЕТОДИКА ТЕСТИРОВАНИЯ

ГЛАВА 3

СУЩНОСТЬ МЕТОДА

Наш тест является экспериментальным методом для исследования индивидуально-специфических функций влечений и сферы Я*. Главный принцип теста заключается в интерпретации простых выборов, на которых сказываются влечения. Испытуемому ставится задача — из шести серий фотографий, где каждая серия состоит из восьми отдельных портретов, выбрать те, которые ему кажутся наиболее симпатичными и самыми несимпатичными.

На фотографиях запечатлены индивиды, страдающие тяжелыми *манифестными* заболеваниями влечений, индивиды, чьи истории болезни хорошо известны и клинический диагноз не вызывает сомнений. Большинство этих больных исследованы еще и генеалогически, так что можно считать, что генуинная природа их заболевания установлена**.

Конечно, можно возразить, что среди таких больных невозможно найти симпатичное или несимпатичное лицо. Но оказывается, что такие опасения совершенно необоснованы, стоит только провести эксперимент. Почти каждый день мы встречаемся с тем, что один испытуемый какую-либо фотографию находит *наиболее симпатичной*, и тут же находится другой испытуемый, которому та же самая фотография кажется *самой неприятной*.

На фотографиях изображены больные люди, представители всех восьми факторов влечений. Каждый фактор влечений соответственно представлен шестью фотографиями, на которых изображены больные именно по этим факторам влечения. Таким образом, отдельные факторы влечений представлены одинаковым числом индивидов. Но обычно в ходе эксперимента оказывается, что большинство испытуемых:

* В первом издании Сонди говорит о исследовании механизмов и конституции влечений, хотя, естественно, этим не ограничивается. — *Примеч. пер.*

** В первом издании учебника Сонди приводит обозначения восьми факторов: *h* — гермафродиты; *s* — убийцы (садисты); *e* — больные врожденной эпилепсией; *hy* — пароксизмально-истеричные люди; *k* — больные кататонической психозией; *p* — страдающие паранойей; *d* — больные депрессией; *m* — маниакальные больные. — *Примеч. пер.*

1. вообще не выбирают (или только одну) фотографии определенного фактора (в меньшей степени это относится к двум или трем факторам);
2. выбирают, наоборот, портреты больных, относящиеся к другому фактору в поразительно большом количестве, это могут быть четыре, пять, и даже шесть портретов. Значение этих двух реакций, то есть выбор «все или ничего», будет подробно обсуждаться для каждого отдельного фактора влечений при оценивании профиля влечений.

Значение определенного фактора будет *совместно* определяться выбором приятных и неприятных портретов. Графически результаты отдельных экспериментов изображаются в виде «*профиля влечений*». По известным причинам одинаковых профилей не бывает. Среди многих тысяч профилей редко можно встретить два совершенно идентичных. Такие профили, которые не только по своему значению, но и по количественным показателям были почти тождественны друг другу, мы обнаружили у двух однойящевых близнецов; а это уже явно говорит в пользу того, что наш метод действительно основывается на генно-биологических реакциях* (см. рис. 34).

Когда после сравнительных исследований профилей влечений у больных и здоровых индивидов, а также у людей, сильно отличающихся по своему характеру, в каждой группе стал обнаруживаться особый «функциональный склад» профилей, то мы были вынуждены засвидетельствовать, что именно эти простые реакции выбора имеют наибольшую ценность для диагностики влечений.

1. Тестовый аппарат

Тестовый аппарат состоит из коробки (прилагается в виде теста к оригинальному изданию книги) с шестью отделениями, в каждом из которых находятся по восемь портретов. Таким образом, всего в коробке 48 фотографий.

На портретах в каждой группе, состоящей из восьми фотографий, изображены индивиды, манифестно больные по разным факторам влечений. Внутри любой такой восьмерки представлены все восемь факторов влечений, а именно каждому фактору влечений соответствует определенный портрет (см. рисунки 1 и 2). В итоге каждый фактор представлен в тестовом материале шестью фотографиями.

Следует помнить, что начальные буквы названий болезней, указываемых на карточках, относятся не к испытуемым, выбирающим соответствующие портреты, а к сфотографированным на карточках больным. Как полный отказ от выбора портретов, относящихся к какому-либо фактору влечений, так и слишком частый их выбор — то есть больше трех портретов одного фактора, что уже явно превышает норму, — являются серьезными признаками того, что соответствующий фактор в актуальной жизни влечений испытуемого играет значимую роль. Подробнее об этом мы поговорим несколько позже.

* Szondi L. Erziehung und Behandlung der Triebe Referat, gehalten an der V Tagung der Schweiz. Gesellschaft für Psychologie und ihre Anwendungen Schweiz. Zeitschrift für Psychologie, Bd. V 1946



Рис. 1



Рис. 2

II. Проведение основного обследования в экспериментальной диагностике влечений

Процедура обследования состоит из двух частей. В *первой части* эксперимента посредством выбора двенадцати наиболее симпатичных и двенадцати наиболее неприятных портретов из 48 фотографий мы выявляем те побуждения влечений и функции Я, которые в результате их *эпизодической* актуальности или в результате присущей им постоянной силы выступают на *передний план* личности. Эти «передне-плановые» тенденции влечений и сферы Я составляют только половину всей целостной личности, которая называется «профиль переднего плана» (ППП). Для его диагностики нам достаточно использовать первые 24 портрета, выбранные испытуемым среди предъявленных 48 карточек.

Вторая часть основного эксперимента относится к выборам тестовых портретов, оставшихся после первых выборов. По результатам вторых выборов мы делаем выводы о функциях влечений и функциях Я другой половины личности, которая в настоящее время пребывает на *заднем плане* и пока бессознательна. Этот так называемый второй профиль, следовательно, представляет из себя «*задний план*», в форме так называемого «*экспериментального комплементарного профиля заднего плана*» (ЭКП)*.

Передний и задний профили представляют те две судьбы влечений и сферы Я конкретной персоны, которые дополняют друг друга до единого целого. Вместе они предоставляют нам данные, позволяющие оценить актуальную и прошлую жизненные ситуации испытуемого. Тем не менее оба профиля влечений показывают только две взаимодополняющие возможности судьбы этого испытуемого, в небольшом периоде существования этого человека; именно той судьбы, которая в данной фазе существования оказывает воздействие на передний и задний план. Но любой человек носит в себе несколько судьбоносных возможностей влечений и сферы Я. Поэтому необходимо несколько раз проводить основной эксперимент в различных жизненных ситуациях — по возможности от восьми до десяти раз.

Инструкция № 1

Вначале руководитель эксперимента дает испытуемому (И.) следующую инструкцию:

«Я разложу перед вами восемь фотографий. Рассмотрите их все внимательно, а потом дайте мне вначале ту, которая Вам кажется *относительно* наиболее симпатичной (приятной), потом ту, которая покажется наиболее симпатичной *среди оставшихся*».

После предъявления этой инструкции восемь карточек теста раскладываются перед И. в два горизонтальных ряда таким образом, что в каждом из них находится по четыре портрета, причем они должны быть расположены в точном соответствии с порядком арабских цифр, стоящих на обратной стороне карточек. Испытуемый

* В главе 6 мы рассмотрим и диагностику теоретически ожидаемого комплементарного профиля влечений (ТКП). — *Примеч. пер.*

должен рассматривать портреты только тогда, когда все восемь карточек будут полностью расположены на столе. То есть И. должен их увидеть *симультанно* (одновременно), а не одну за другой. Испытуемый не должен надолго погружаться в размышления. Если он не делает быстрого выбора, мы просим И. выбирать не раздумывая. Если И. еще до выбора говорит — как, действительно, иногда бывает, — что все портреты ему кажутся несимпатичными, то мы изменяем инструкцию следующим образом: «Хорошо, тогда вначале дайте мне фотографию, которая Вам кажется *наименее неприятной*, а затем ту, которая покажется *наименее неприятной* среди оставшихся.» При работе с образованными людьми мы можем начинать эксперимент с выбора фотографий, к которым ощущается антипатия.

После этого И. дается следующая инструкция:

«А теперь выберите самый *несимпатичный* (наиболее неприятный) портрет, а затем самый *несимпатичный* портрет из оставшихся»*. Выбранные испытуемым два наиболее симпатичных и два наиболее неприятных портрета откладываются в два разных угла стола картинкой вверх**. Четыре оставшихся карточки мы откладываем назад в тестовую коробку, в отделение 1. На этом завершается предъявление первой серии карточек. Таким же образом мы поступаем и со второй серией карточек. Выбранные во второй серии карточки мы накладываем сверху на выборы, сделанные испытуемым в первой серии, естественно, мы не должны путать симпатичные и несимпатичные выборы. Точно так же мы продолжаем действовать и с оставшимися сериями фотографий.

Результаты всех выборов мы протоколируем в бланке профилей влечений и сразу после этого начинаем проводить выборы на «заднем плане».

Инструкция № 2

«Сейчас я покажу Вам *четыре* оставшиеся фотографии. Выберите из них наиболее *неприятный* портрет, а затем самый неприятный портрет из оставшихся». Оставшиеся два портрета протоколируются как «относительно симпатичные» выборы. В работе с некоторыми испытуемыми более удобно будет позволить выбирать два самых симпатичных портрета из четырех предъявляемых.

Выбранные во втором эксперименте двенадцать симпатичных и двенадцать несимпатичных портретов образуют экспериментальный комплементарный профиль (ЭКП), который интерпретируется как экспериментально выявляемый задний профиль***.

Необходимо объяснить, каким образом нужно графически изображать профиль влечений.

* Часто можно услышать, как параноидные испытуемые говорят: «А мне все карточки кажутся симпатичными» или «Я не хотел бы кого-либо оскорбить». — *Примеч. пер.*

** Это делается для того, чтобы И. не делал для себя никаких выводов из информации, находящейся на обратной стороне карточек. — *Примеч. пер.*

*** Я хотел бы рассказать о модификации способа предъявления тестового материала, предлагаемого Бали и Фридеман. Они считают, что нет никакой необходимости хранить 48 карточек теста по отдельности в 6 отделениях коробки, как и раскладывать их перед испытуемым по отдельности. Карточки якобы можно просто сфотографировать уже разложенными на серии по восемь портретов и предъявлять

III. Построение профиля влечений

Для графического отображения профиля влечений требуется специальный бланк с отпечатанными на нем двумя или десятью пустыми «профилями влечений» (см. рис. 3 и 4. Протоколирование выбранных карточек в «Бланке теста Сонди») В каждом профиле влечений находится по шесть «симпатичных» (выше нулевой линии) и по шесть «несимпатичных» (ниже нулевой линии) квадратов (см. рис. 3) для каждого из восьми факторов влечений. В этих квадратах мы ставим столько красных или синих значков (лучше всего в виде крестиков *x*), сколько нашим испытуемым сделано симпатичных или неприятных выборов для карточек соответствующего фактора влечения.

Лучше стараться сразу же после окончания эксперимента графически изобразить его результаты, так как тогда остается шанс исправить обнаруженные неточности.

Выбранные испытуемым двенадцать симпатичных портретов мы учитываем по порядку, так, как они выбирались в ходе эксперимента, и каждый раз помечаем красным карандашом сделанный испытуемый выбор на бланке профиля влечений, причем, естественно, выборы «*h*» отмечаем на вертикальном столбце «*h*», «*s*» - на «*s*»

испытуемому по очереди сразу весь лист фотографий с восемью портретами в каждой из 6 серий. Одновременно испытуемому даются кожаные или пластиковые прямоугольники по величине тестовых портретов, чтобы ими можно было накрывать выбираемые симпатичные и антипатичные портреты. Таким образом, испытуемому никогда не удастся подержать в руках одну-две карточки, чтобы сравнить их друг с другом. Эта модификация кажется во многом упрощающей технику проведения нашего эксперимента, но психологически она имеет большие недостатки, особенно при работе с психотичными или сомневающимися, амбивалентными испытуемыми, например, с больными, страдающими неврозом навязчивости или неврозом страха. В таких случаях мы стараемся после изложения инструкции сказать больным, что они могут спокойно брать в руки две-три непонятные карточки, или перемещать эти карточки на другое место стола, и только потом делать окончательный выбор. Чаще всего это как раз те больные, которые предпочитают вначале спонтанно откладывать в сторону карточки, которые явно не соответствуют критерию выбора. Так что если использовать модификацию, предлагаемую Бэзи и Фриеманом, останется неуточненным аффективное отношение эрих испытуемых к отдельным тестовым карточкам. Возможность подержать в руках карточку и вжиться в изображенную на ней персону позволяет испытуемому установить более близкое аффективное отношение к не до конца понятным образам людей. В эксперименте, проводимом Сюзан Дери, сильный эмоциональный аффект настолько возводил душевнобольного испытуемого, что он даже украл портрет одного из эпилептиков. И отдал он украденную карточку только после того, как больному подарили копию возводившего его портрета. Это ясно говорит о важной роли тесного аффективного отношения к отдельным карточкам, а оно возможно только в эксперименте, проводимом по нашим правилам. Кроме того, метод ассоциации с карточками можно проводить, лишь предъявляя испытуемому отдельные тестовые карточки.

Нужно упомянуть привычку психологов давать пациентам тестовый аппарат домой, чтобы испытуемые в домашних условиях запроотоколировали 8 или 10 «самопрофилей». Такой метод явно не имеет права на существование по двум причинам.

- испытуемый может обратить свое внимание на буквы, находящиеся на обратной стороне карточек, которые обозначают болезнь (*h*, *s*, *e*, *h*, *u*, *k*, *p*, *d*, *m*), а при большом желании их можно запомнить и создавать «желательные профили»; такое особенно легко удастся тем испытуемым, которые являются по профессии психологами или врачами, уже успевшими прочитать наш учебник о тесте Сонди;
- эти «самопрофили» нельзя приравнивать к тем профилям, которые получает руководитель эксперимента в работе с испытуемым; самое большее их можно рассматривать только в качестве темы для научной работы, а именно для выявления масштаба отклонений самопрофиля от профилей, получаемых руководителем эксперимента. — *Примеч. пер.*

Имя:

Возраст:

Профессия:

ТЕСТ СОНДИ
Бланк с двумя профилями влечений

Профиль влечений				
	<i>S</i>	<i>P</i>	<i>Sch</i>	<i>C</i>
	<i>h s</i>	<i>e hy</i>	<i>k p</i>	<i>d m</i>
+6				
+5				
+4				
+3				
+2				
+1				
0				
-1				
-2				
-3				
-4				
-5				
-6				

Профиль влечений				
	<i>S</i>	<i>P</i>	<i>Sch</i>	<i>C</i>
	<i>h s</i>	<i>e hy</i>	<i>k p</i>	<i>d m</i>
+6				
+5				
+4				
+3				
+2				
+1				
0				
-1				
-2				
-3				
-4				
-5				
-6				

Симпатия Антипатия				
I				
II				
III				
IV				
V				
VI				

Симпатия Антипатия				
I				
II				
III				
IV				
V				
VI				

Рис. 3

и так далее. Подобным же образом мы поступаем и с выбранными испытуемым неприятными портретами, только на этот раз результат мы помечаем в профиле синим карандашом.

Еще до всякого протоколирования мы заполняем первую страницу тестового бланка для обработки результатов (называющегося «Бланк теста Сонди» и состоящего из 6 страниц). Здесь необходимо как можно подробнее описать клинические данные, характер испытуемого и биографические сведения. Последние должны не просто основываться на высказываниях И., но содержать информацию, полученную от родственников, из лечебных учреждений или других заведений, где учился, работал, находился И. Особенно большое значение необходимо уделять исследованию семьи, а именно ее генотропическим отношениям. Если кто-либо из родственников И. находился на лечении в психиатрической больнице или клинике, следует не только узнать точный диагноз заболевания, но и познакомиться с историей болезни.

Наш тест необходимо по возможности проводить повторно в течение одного или двух дней (или недель), желательно десять раз и с тем же самым тестовым аппаратом.

При некоторых пароксизмальных или циркулярных болезнях, протекающих периодами (эпилепсия, истерия, депрессия, мания), неплохо было бы несколько раз провести эксперименты в разных состояниях испытуемого: непосредственно перед приступом или припадком (препароксизмальное состояние), после приступа (постпароксизмальное) и в свободные от приступов промежуточные периоды (интерпароксизмальное). Проведенные с пароксизмальными больными исследования позволили прийти к неожиданному для нас глубокому пониманию биологических и психологических процессов при пароксизмах (или циклически текущих заболеваниях). Профили влечений, представленные в виде серии, показывают нам захватывающий цикл метаморфоз, которые проходит И.: мы видим, как постепенно испытуемый наполняется критической пароксизмальной потребностью влечения, как ее насыщение достигает своей максимальной величины, момент того, как притязание влечения властно заявляет о своих абсолютных правах, а после разрядки опять опускается до нулевой отметки. Для диагностики препсихотических состояний эксперимент, проводимый посерийно, также имеет большое значение. Тогда на основании полученных результатов мы сможем хорошо разобраться почти в каждой фазе психозфренического процесса; можно даже точно определить время, когда пациента, находящегося в препсихотическом состоянии, будет необходимо направить в закрытое лечебное учреждение (см. в атласе важнейших патологических и физиологических синдромов синдром № 3).

Мы также не должны упускать возможности (поскольку она действительно представляется) провести диагностику системы влечений родителей, сибсов, друзей и врагов И.; а особый интерес представляют профили влечений тех людей, кого И. любит, ненавидит, считает своим личным идеалом, или, наоборот, презирает. Сравнительные исследования профилей влечений кровных родственников, друзей и врагов позволяют выявить механизмы влечений, действующих при выборе объектов любви и дружбы, а также неисследованные процессы влечений, которые отвечают за образование социальных групп и слоев, говоря более обобщенно — за объединение людей в «конгломераты».

IV. Распределение факториальных реакций выбора по количеству и тенденциям

Любой И. в нашем эксперименте выборов из шести карточек какого-либо фактора влечений выбирает определенное их количество, минимум которого составляет ноль (0), а максимум — шесть. Каждая карточка, кроме того, оценивается с учетом направленности тенденции: как позитивная (+), то есть симпатичная, или как негативная (-), то есть антипатичная. Количество указывает на силу потребности, а направление тенденции (+, -, ±) — на отношение к этому фактору установки Я. То есть мы оцениваем все выборы, сделанные в эксперименте, в соответствии с А. количеством и с В. направленностью тенденции.

А. Количественное распределение реакций выбора

Здесь мы задаемся вопросом: сколько из шести карточек одного и того же фактора, или из двенадцати карточек одного и того же вектора выбрал И.? Причем вначале это делается без учета позитивной или негативной направленности выбора.

Количественно мы различаем три формы возможных реакций выбора:

1. пустые, или нулевые реакции;
2. средние (обычные) реакции;
3. полные (избыточные) реакции, а отдельно помечаем в них реакции с количественным напряжением

1. Нулевые или почти нулевые реакции

$$\begin{array}{cccc} -0 \} & +1 \} & +0 \} & +1 \} \\ -0 \} & -0 \} & -1 \} & -1 \} \end{array}$$

Из шести карточек какого-либо фактора влечений испытуемый ничего не выбирает (0), или выбирает только одну симпатичную (+ 1) или антипатичную (- 1), а может быть, по одной симпатичной и антипатичной карточке.

В соответствии с психологией влечений нулевые реакции говорят о тех потребностях влечений, которые еще до всяких выборов в тестовом эксперименте были удовлетворены И. в какой-либо форме. Таким образом, нулевые реакции являются наиболее частым психодиагностическим признаком добившегося своей реализации влечения (манифестация влечения). Понятие «факториальной манифестации» однако вовсе не относится к одной-единственной форме, в виде специфического факториального заболевания, а охватывает весь «факториально обусловленный наследственный круг» со всеми его болезненными, социализированными и сублимированными возможностями судьбы (см. таблицу 2). Поэтому нулевая реакция может говорить о самых разных фактах, например, о том, что И. удалось актуально удовлетворить соответствующую потребность влечения в форме какого-либо из симптомов болезни или в виде проявления черты характера, в поглощенности какой-либо социальной активностью или увлеченности профессиональной деятельностью, а возможно, и сублимации в виде творческих прозрений.

Какая именно из этих возможностей судьбы осуществилась на самом деле, можно узнать только учитывая весь профиль влечений, и особенно тогда, когда проводится серия экспериментов.

В качестве одного из примеров мы упомянем генетическую триаду *эпилепсия-мигрень-заикание*. Этот наследственный круг находится в тесных наследственных связях с энурезом, астмой, сенной лихорадкой (аллергией), леворукостью, обобщенно говоря, с любыми пароксизмальными вазоневрозами*. Близкую наследственную взаимосвязь между этой триадой болезней и ее родственными генетическими проявлениями мы смогли доказать как посредством проведенных нами исследований семей, так и посредством математических расчетов в области наследственности". Кругу пароксизмальных заболеваний соответствует также специфический характер и круг профессий. Об этих взаимосвязях я подробно рассказал в моей первой книге «Анализ судьбы»***.

То есть, если испытуемый не выбирает ни одной карточки фактора *e* или максимум одну (или по одной симпатичной и несимпатичной), то из этого еще нельзя делать вывод, что И. является явным эпилептиком, хотя это и возможно. По нулевой реакции фактора *e* мы можем заключить, что у И. ко времени исследования актуально обнаруживается какой-либо психический или физический синдром, присущий пароксизмальному вазоневрозу, или что непосредственно перед самым тестированием у больного произошел *пароксизмальный припадок*. В психической области возможны симптоматические проявления, подобные взрывам пароксизмальных аффектов и чувств, то есть аффективные состояния, которые проходят в виде *приступов*, также мы можем предполагать постпароксизмальное затишье на определенный период времени. Возможно, испытуемому удалось отреагировать взрывами гнева, тревоги, ревности, угнетенности, паники, или предаться какой-либо пароксизмальной мономании типа пориомании****, клептомании, дипсомании, танатомании и т. д., возможен уход в пароксизмы самого разного рода с полным устранением любых этических «тормозов» (цензуры).

В соматической области мы можем предполагать существование симптомов, которые связаны с пароксизмальными нарушениями активности сосудов: обмороки, головокружение, абсансы****, эпилептические припадки, мигрени, заикание, астматические или другие аллергические реакции типа сенной лихорадки, приступообразно появляющимися и связанными с нарушениями активности сосудов кожными высыпаниями (экзема, крапивница [уртикарная сыпь]*****), неожиданным покраснением или побледнением и т. д.

Однако о существовании генетического круга подобного рода «наследственно-родственных» проявлений какого-либо фактора влечения мы можем говорить, только

* Vas (лат.) сосуд, обозначение артерий и вен.

** Szondi L., a) Konstitutionsanalyse psychisch abnormen Kinder. Marhold, Halle a.d. S. 1933; b) Konstitutionsanalyse von 100 Stotterern Wien. Med. Wschr. 26, 1932; c) Heilpädagogik in der Prophylaxe der Nerven- u. Geisteskrankheiten. Bericht ü. d. I. Int. Kongr. f. Heilpäd. Leemann, Zürich, 1939, S. 35.

*** Szondi L.: Schicksalsanalyse. Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod. Benno Schwabe, Basel I. Aufl. 1944. II. Aufl. 1948. III. Aufl. 1965. Dritter Teil S. 374 ff

**** Патологическое влечение к путешествиям (гр.)

***** Кратковременное, проходящее помрачение сознания (фр.)

***** Urtikaria (лат.) зудящие высыпания на коже с образованием пузырей, а иногда и жар из-за сверхчувствительности к определенным веществам (аллергия).

если «генетическая родственность» патологических проявлений доказана результатами исследований семей и по возможности математическими подсчетам в области наследственности.

Профиль влечений № 1 на рис. 5 характеризует больного эпилепсией, № 2 — человека, страдающего от мигреней, № 3 — страдающего заиканием. Все три больных ко времени исследования находились в постпароксизмальном состоянии; поэтому на месте фактора *e* мы обнаруживаем во всех трех профилях *пустые* выборы. Это означает, что все больные успели разрядить в припадке тенденцию влечения фактора *e*, то есть проявили его во всей полноте, следовательно, согласно нашей теории, они не выбирают никакой карточки из шести портретов эпилептиков (максимум по одной «симпатичной» и «несимпатичной» карточке).

В некоторых редких случаях нулевые реакции могут также указывать на *конституциональную слабость (астению)* соответствующего фактора влечения у И. Так, например, реакция 0 *h* в определенных обстоятельствах может означать конституционально обусловленную слабость способности к любви, 0 *s* — предопределенная недостаточность мужской активности, 0 *e* — отсутствие этической цензуры, 0 *hy* — отсутствие тщеславия или наличие моральной цензуры, 0 *k* — врожденную слабость Я в умении занимать определенное отношение к миру и адаптироваться, 0 *p* — слабость духовного Я, 0 *d* — недостаточное стремление к поиску и приобретению, 0 *m* — ослабленную потребность в привязанности. Мы еще раз подчеркиваем, что такое случается в чрезвычайно редких случаях. Но и о таких возможностях истолкования тоже не следует забывать.

Таким образом, нулевая реакция в профиле переднего плана свидетельствует о том, что соответствующая потребность *актуально* отсутствует на переднем плане, так как:

- незадолго до того она была удовлетворена *естественным образом*, то есть в своей первоначальной форме;
- И. удалось удовлетворить эту потребность посредством *социализации* или *сублимации в профессиональной деятельности*, то есть обходными путями

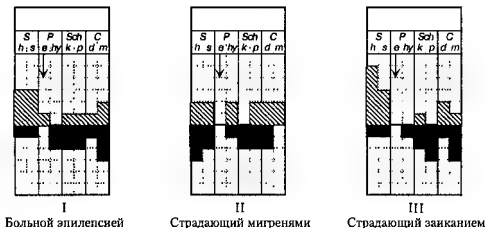


Рис. 5. Возможности истолкования нулевой реакции в факторе *e*

или ярким проявлением какой-либо черты *характера*, так как иные пути (естественное удовлетворение) оказались недоступны;

- соответствующая потребность изначально конституционально *слаба*, что бывает гораздо реже.

Позже мы будем обсуждать возможные значения кулевых реакций в профиле заднего плана*.

2. Обычные (средние) реакции

$$\begin{array}{cccccccc} +2\} & +3\} & +0\} & +0\} & +2\} & +1\} & +3\} & +1\} \\ -0\} & -0\} & -2\} & -3\} & -1\} & -2\} & -1\} & -3\} \end{array}$$

В качестве обычных реакций мы обозначаем такие выборы, когда две или три карточки (не больше), выбираются только в одном направлении (или в направлении симпатии или в направлении антипатии), то есть позитивно или негативно (см. таблицу 3). Если И. выбирает четыре карточки, но так, что среди них три оцениваются позитивно, а одна — негативно, или наоборот, то выбор считается обычным. В общем обычная реакция означает количественно нормальную, хорошо подготовленную для возможного удовлетворения ситуацию влечения в области соответствующего фактора влечения. Но в определенных обстоятельствах даже факториальная средняя реакция может указывать на патологию в жизни влечений. Это особенно часто бывает в тех случаях, когда соответствующий фактор-партнер одновременно оказывается пустым, то есть имеются в виду следующие реакции: + 0, 0 +, — 0, 0 —; или когда тенденции двух факторов-партнеров расположены диаметрально противоположно по отношению друг к другу (+ — или — +).

Здесь мы должны указать на общий закон истолкования в диагностике влечений, в соответствии с которым истолкование любого отдельного фактора постоянно зависит от положения его фактора-партнера. Так в определенных обстоятельствах + — реакция, встретившаяся в одном и том же профиле — если она обнаруживается во всех четырех (или самое меньшее в трех, но тогда обязательно и в векторе Я) векторах — может указывать на существование шизофренического расщепления в жизни влечений и сферы Я, например, в случае параноидной шизофрении.

3. Полные реакции

$$\begin{array}{ccc|ccc|ccc} +4\} & +4\} & +5\} & +5\} & +6\} & +0\} & +1\} & +0\} & +1\} & +0\} & +4\} & +2\} & +3\} \\ -0\} & -1\} & -0\} & -1\} & -0\} & -4\} & -4\} & -5\} & -5\} & -6\} & -2\} & -4\} & -3\} \\ \text{позитивные} & & & & & \text{негативные} & & & & & \text{амбивалентные} & & \end{array}$$

Когда И. из карточек одного и того же фактора влечения выбирает больше трех портретов, то есть четыре, пять или даже шесть карточек в одном и том же направлении, мы говорим о полной реакции выбора. В психологии влечений это

* См. главу 19, таблицу 12

означает состояние, когда И. *полностью загружен* соответствующей потребностью и еще не осуществляет ее разрядку.

На практике при внесении в бланк протокола данных о направлении выборов достаточно трех форм полных реакций*.

1. *позитивная реакция с напряженной величиной*; И. выбирает четыре, пять или шесть карточек одного фактора, причем *все* они считаются *симпатичными*. Позитивные реакции с напряженной величиной протоколируются следующим образом:

$$+4 = +I; +5 = +II; +6 = +III; \left. \begin{matrix} +4 \\ 1 \end{matrix} \right\} = +I; \left. \begin{matrix} +5 \\ 1 \end{matrix} \right\} = +I$$

2. *негативная реакция с напряженной величиной*; И. выбирает четыре, пять или шесть карточек одного фактора, причем *все* они считаются *антипатичными*.

В протоколе будет стоять: $-4 = -I; -5 = -II; -6 = -III$ или

$$\left. \begin{matrix} +1 \\ -4 \end{matrix} \right\} = -I; \left. \begin{matrix} +1 \\ 5 \end{matrix} \right\} = -II$$

3. *амбивалентная полная реакция*; И. выбирает четыре, пять или шесть карточек одного фактора, причем таким образом, что а) две или три карточки выбираются симпатичными, а две или три — антипатичными; б) четыре карточки выбираются как симпатичные или антипатичные, а две % в противоположном качестве; мы протоколируем следующим образом:

$$a) \left. \begin{matrix} +2 \\ -2 \end{matrix} \right\} = \pm; \left. \begin{matrix} +2 \\ -3 \end{matrix} \right\} = \pm; \left. \begin{matrix} +3 \\ -2 \end{matrix} \right\} = \pm; \left. \begin{matrix} +3 \\ -3 \end{matrix} \right\} = \pm;$$

$$b) \left. \begin{matrix} +4 \\ -2 \end{matrix} \right\} = \pm I; \left. \begin{matrix} +2 \\ -4 \end{matrix} \right\} = \pm I;$$

Таким образом, при амбивалентных полных реакциях восклицательный знак (свидетельствующий о напряженности влечения) приписывается только тогда, когда одна из тенденций, несмотря на свою амбивалентность, выбирается четырьмя карточками.

Двенадцать профилей влечений на рис. 6 были получены от 18-летнего больного эпилепсией. Эксперимент проводился в различных фазах болезни. Профиль II был получен в интерпароксизмальном состоянии. Негативно заряженная е-реакция с напряженной величиной (!) говорит о том, что «эпилептиформного материала» уже накопилось достаточно много, он подавляет собою все остальное. Профили влечений III, VI, VIII, IX, XI и XII содержат в себе почти пустые е-реакции, которые свидетельствуют о том, что произошел припадок. Действительно, эти профили были получены в постпароксизмальном «опустошенном (разрядившемся)» состоянии. Профиль II был получен в препароксизмальной фазе, то есть *перед* припадком, когда И. был

* В первом издании Сонди называет их: 1) «заряженные симпатией» или позитивные полные реакции; 2) «заряженные антипатией» негативные полные реакции и 3) комбинированные или амбивалентные полные реакции. — *Примеч. ред.*

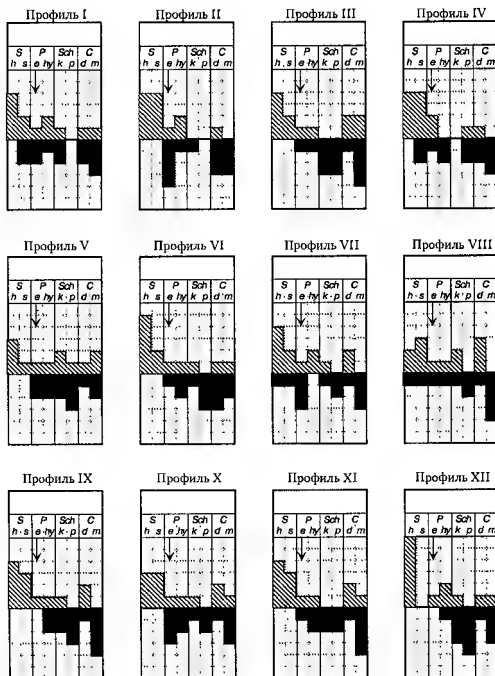


Рис. 6. Двенадцать профилей одного из больных эпилепсией

тоже страдает шизоидным нарциссизмом; ее муж страдает от тяжелого параноидного невроза), и наконец, в-четвертых, реакции профиля показывают шизоидные склонности, характерные для всей семьи.

Из данных объяснений можно легко вывести следующую информацию о полных и нулевых реакциях. Полные реакции могут иметь тройное значение.

1. Они показывают наиболее динамично действующий фактор среди не манифестируемых факторов влечений; то есть именно то притязание влечений, которое мы обозначаем в качестве направляющего выбора, «генотропично» воздействующего фактора, так как он определяет направление выборов партнеров по любви, друзей, профессии, болезней и т. д. под влиянием влечений. Особенно ярко это проявляется в тех случаях, когда разрядка оказывается невозможной;
2. Эти реакции обозначают предманифестную тенденцию влечения, удовлетворение или осознание которого ожидается в скором времени;
3. Эти реакции отражают амбивалентность, царящую в жизни влечений.

Нулевые реакции указывают на притязания влечения, которым в какой-либо форме удалось удовлетвориться.

Если разобраться в сущности динамики этих двух факторов, становится ясно, что между пустой и полной реакцией не существует качественного различия. Это различие носит только динамический характер. Речь идет исключительно о двух следующих и сменяющих друг друга фазах потребности влечения: максимального накопления и последующей разрядки. Последовательный процесс от накопления до разрядки мы можем схематически изобразить в виде прохождения следующих фаз:

- Напряженная величина потребности: +I; +II; +III или -I; -II; -III. Эта фаза означает максимальную нагрузку для психики, которая пытается примириться с напряженной величиной потребности посредством разделения всего количества влечения по двум направлениям.
- Амбивалентность: $\pm$; $\pm$ I; $\pm$ II. Фаза амбивалентности — за исключением навязчивых проявлений — является наиболее частой предварительной фазой разрядки.
- Разрядка: $\begin{matrix} +0 \\ -0 \end{matrix}$, $\begin{matrix} +1 \\ -1 \end{matrix}$, $\begin{matrix} +0 \\ -1 \end{matrix}$, $\begin{matrix} +1 \\ -1 \end{matrix}$.

Конечно, такая последовательность будет заметна только при проведении серии экспериментов. Но и в этом случае руководителю эксперимента для нахождения правильного момента времени должно сопутствовать определенное везение. Чаще всего даже в серийных экспериментах обнаруживаются только первая и третья фаза, или только вторая и третья или вообще только одна из фаз трех последовательно протекающих процессов. Но мы можем интерполировать отсутствующие фазы, учитывая весь накопленный нами опыт.

Таким образом, нулевая реакция вовсе не означает, как можно предположить, что соответствующая тенденция влечения не представлена в унаследованном фонде (в генетической конституции) индивида. Она только свидетельствует о том, что одна из тенденций, которой индивид был прежде заряжен, именно в этот момент на какой-то

период разрядила свой динамичный заряд; очень редко это будет обозначать действительную конституциональную слабость потребности.

Профили влечений, которые мы получаем во время повторных исследований, позволяют с уверенностью утверждать, что потребности влечений являются не стабильными психическими факторами, а динамично протекающими и изменяющимися процессами. Тот факт, что какой-либо определенный фактор за время проведения серии экспериментов оказался подвижным, имеет большое диагностическое значение.

В. Качественное распределение реакций выбора в зависимости от их тенденции

Из предыдущих объяснений следует, что в зависимости от направления тенденции необходимо различать: 1) *позитивные*, 2) *негативные* и 3) *амбивалентные* реакции.

Направление выборов является вектором установки Я по отношению к соответствующей тенденции. Таким образом, профиль влечений позволяет не только проводить диагностику побуждений влечений у конкретного человека, но и выявлять отношение его сферы Я к стремлениям влечения

1. *Позитивная реакция:* Я актуально выбирает позитивную тенденцию влечения. И. выбирает по меньшей мере две карточки соответствующего фактора в качестве симпатичных и не более одной карточки того же фактора в качестве неприятной.

2. *Негативная реакция:* Я актуально выбирает негативную тенденцию влечения. И. выбирает по меньшей мере две карточки в качестве антипатичных и не более одной карточки в качестве симпатичной.

Напряженные величины потребностей в положительном направлении указывают на избыточность согласия, а в негативном направлении — на избыточность отрицания.

3. *Реакции будут амбивалентными в том случае, когда И. выбирает по меньшей мере две карточки одного фактора в качестве симпатичных и одновременно не меньше двух карточек того же самого фактора в качестве несимпатичных.* Поэтому амбивалентными будут следующие реакции:

$\begin{matrix} +2 \\ -2 \end{matrix} \left\{ \begin{matrix} +3 \\ -3 \end{matrix} \right\}, \begin{matrix} -4 \\ -2 \end{matrix} \left\{ \begin{matrix} +2 \\ -3 \end{matrix} \right\}, \begin{matrix} +2 \\ -4 \end{matrix} \right\}$ Первые два выбора можно также называть *амбивалентными*.

И, напротив, мы не относим — несмотря на наличие амбивалентности — к «двойной направленности» следующие реакции выборов:

$\begin{matrix} +1 \\ -1 \end{matrix} \left\{ \right\}$, эта реакция практически принадлежит цепи нулевых реакций;

$\begin{matrix} +2 \\ -1 \end{matrix} \left\{ \begin{matrix} +3 \\ -1 \end{matrix} \right\}, \begin{matrix} +4 \\ -1 \end{matrix} \left\{ \begin{matrix} +5 \\ -1 \end{matrix} \right\}$, эти реакции относятся к *позитивным* реакциям,

$\begin{matrix} +1 \\ -2 \end{matrix} \left\{ \begin{matrix} +1 \\ -3 \end{matrix} \right\}, \begin{matrix} +1 \\ -4 \end{matrix} \left\{ \begin{matrix} +1 \\ -5 \end{matrix} \right\}$, а эти — к *негативным*.

При амбивалентных реакциях Я занимает по отношению к притязаниям влечений амбивалентное положение: одновременно оно принимает соответствующую потребность и отвергает ее.

В качестве примера мы приводим профиль человека, страдающего от невроза навязчивости (см. рисунок 8.) И. проявляет амбивалентные реакции на карточки факторов *h*, *e*, *k* и *m*.



Рис. 8. Профиль влечения больного, страдающего неврозом навязчивости

Таблица 3 обобщает все 28 возможных вариаций факторных реакций.

В ней отражены следующие вариативные возможности:

- нулевые реакции представлены четырьмя реакциями;
- позитивные имеют девять видов реакций;
- негативные — тоже девять видов;
- амбивалентные — шесть видов.

Кроме того, в таблице 3 представлены традиционные протокольные значки для каждого вида реакций. Протоколирование экспериментальных комплементарных реакций (ЭКП) проводится так же, как протоколирование результатов в профиле переднего плана (ППП). Чтобы отличить появляющиеся в комплементарном профиле несвободные, то есть вынужденно нулевые реакции, от свободных, мы дополнительно помечаем так называемые «вынужденные нулевые реакции» в виде перечеркнутых нулевых значков (Ш). Это означает, что данный вид нулевых реакций в комплементарном профиле никак не истолковывается, так как в результате выбора 5 или 6 карточек на переднем плане в области этого фактора осталась единственная карточка (или ни одной) для последующих выборов в ЭКП. Нулевая реакция таким образом появилась вынужденно, а не в результате свободного выбора испытуемого.

Таблица 3
Распределение реакций выбора в соответствии с их количеством и направлением тенденции

	№	Величина	Знак в протоколе	Σ
I. Нулевые реакции	1	+0 } -0 }	0	0
	2	+1 } -0 }	0	
	3	+0 } -1 }	0	
	4	+1 } -1 }	0	
II. Позитивные реакции а) при избыточности	5	+6 } -0 }	+!!!	5
	6	+5 } -0 }	+!!	
	7	+5 } -1 }	+!!	
	8	+4 } -0 }	+!	
	9	+4 } -1 }	+!	
b) Позитивные средние реакции	10	+3 } -0 }	+	4
	11	+3 } -1 }	+	
	12	+2 } -0 }	+	
	13	+2 } -1 }	+	
III. Негативные реакции а) при избыточности	14	+0 } -6 }	-!!!	5
	15	+0 } -5 }	-!!	
	16	+1 } -5 }	-!!	
	17	+0 } -4 }	-!	
	18	+1 } -4 }	-!	
b) Негативные средние реакции	19	+0 } -8 }	-	4
	20	+1 } -3 }	-	
	21	+0 } -2 }	-	
	22	+1 } -2 }	-	

Таблица 3 (окончание)

	№	Величина	Знак в протоколе	Σ	
IV. Амбивалентные реакции а) при избыточности	23	+4 } -2 }	±!	2	
	24	+2 } -4 }	±!		
б) средние реакции	25	+2 } -2 }	±	4	
	26	+2 } -3 }	±		
	27	+3 } -2 }	±		
	28	+3 } -3 }	±		
Всего:				26	



Позитивная реакция
—
Согласие
Одобрение



Негативная реакция
—
Отрицание
Отвержение



Амбивалентная
реакция
—
Амбивалентность



Пустая (нулевая)
реакция
—
Разрядка
Удовлетворение

Рис. 9. Четыре формы реакций выбора

ВТОРАЯ ЧАСТЬ

ПСИХОЛОГИЯ ФАКТОРОВ
И ВЕКТОРОВ ВЛЕЧЕНИЙ.
СТРОИТЕЛЬНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ ВЛЕЧЕНИЙ

Вторая часть настоящего учебника полностью посвящена рассмотрению сущности и психологии восьми факторов влечений, четырех векторов влечений и описанию 64 картин векторов.

Так как каждый из четырех векторов состоит из *двух* факторов влечений с *четырьмя* возможными реакциями (+, -, ±, 0), то в итоге структура нашего теста позволяет выявлять 64 различных картины влечений, которые могут считаться особыми возможностями влечений и сферы Я. Только на долю *одного единственного* вектора приходится в общем $2^4 = 16$ возможных векторных картин, а для всех четырех влечений соответственно $4 \times 16 = 64$.

Эти 64 векторных картины, собственно, и являются строительными элементами в экспериментальной диагностике влечений*.

Как и в архитектуре, в экспериментальной диагностике влечений необходимо уметь отличать «строительные элементы» от «плана» всего здания. *Из одних и тех же строительных элементов на основе различных планов можно построить совершенно разные здания.* Что-то подобное происходит и с жизнью человеческих влечений.

Каждому человеку со стороны природы генетически предоставлено в его личное распоряжение восемь факторов влечений в качестве радикалов его активности и поведения, находящего под влиянием влечений. Из объединяющихся попарно факторов влечений (на основе поставляемых наследственностью общих целей и путей для влечений) бессознательно образуются четыре вектора, которые приводят к формированию особых пространств влечений для осуществления разных действий. А имен-

* В первом издании учебника говорится, что для истолкования отдельных профилей влечений психолог нуждается в так называемых «психодиагностических» таблицах. Но для новичка легче всего будет научиться работать с факториальным методом истолкования профилей влечений, если вначале хорошенько разобраться с общим значением четырех реакций выбора в восьми факторах влечений (см. в приложении). И уж только после этого Сонди советует начинать изучать «векторные» психодиагностические таблицы, и не стоит забывать, что векторная картина на самом деле означает гораздо больше, чем просто сумму составляющих ее отдельных реакций факторов. — *Примеч. пер.*

но: в сексуальной жизни, в этически-моральном поведении, в жизни сферы Я и в коммуникативных отношениях в межличностных контактах. Несмотря на такое отграничение четырех областей существования, они тем не менее образуют неразрывную целостность, характеризующую индивидуальное бытие. Редукция разнообразных возможностей судеб влечений и сферы Я к одной единственной форме судьбы (или к чрезвычайно ограниченному числу форм) как раз приводит к тому, что мы диагностируем какое-либо психическое заболевание, определенные тип характера и ступень социального развития. Так как: быть психически больным как раз и означает ограничение возможностей судьбы на одну единственную, специфическую именно для этого заболевания форму плана судьбы. Да и при наличии четко очерченных типа характера или ступени социального развития у индивидов тоже обнаруживается особая монотонность в планировании как жизни влечений, так и жизни Я.

Из необходимости разведения строительных элементов и личного плана само собой образуется двухколейность диагностической работы, а этим и специфичность созданной нами экспериментальной диагностики влечений.

Поэтому психологу, желающему работать с нашим диагностическим методом, вначале необходимо без остатка принять в себя («инкарнировать») сущность и психологию факторов и векторов влечений, а также 64 возможные векторные картины, чтобы уже потом — в качестве второй задачи — научиться выявлять персональный план в судьбе влечений и сферы Я у конкретного человека. Одного знания о сущности отдельных факторов и векторов влечений, а также векторных картин будет явно недостаточно, чтобы правильно диагностировать психическую болезнь, тип характера или ступень социального развития. Для этого диагностик еще нуждается и в знаниях о многообразии возможных судеб.

Таким образом, если вторая часть нашего учебника вводит читателя в сущность и психологию восьми факторов влечений, четырех векторов влечений и 64 векторных картин, то есть представляет строительные элементы диагностики влечений, то третья часть пытается с помощью различных методов истолкования научить читателя обнаруживать индивидуальные планы в личностном строении влечений и сферы Я.

РАЗДЕЛ III

ЭРОС И ТАНАТОС

Сексуальное влечение. Вектор S

ГЛАВА 4

СУЩНОСТЬ И ПСИХОЛОГИЯ ЭРОС-ФАКТОРА h

В сущности фактор h является фактором эроса

Эрос является той движущей силой, которая притягивает друг к другу все живое, создавая прочные связи.

То, что притягивает живые клетки друг к другу и удерживает их вместе — в виде формирующихся органов — то, что гонит людей друг к другу и связывает их друг с другом, что вызывает между людьми любовь и нежность, что обуславливает безграничные притязания отдельного существа на получение любви от всех существ мира: вот именно этим и является фактор h .

В мире не существует ничего, что не нуждалось бы в эрос-факторе для формирования привязанности и отношений. Это самая мощная из всех связующих сил. Именно фактор h является «берущим» и «дающим» в любви и нежности. Это наиболее могущественная сила, соединяющая все, что может жить и любить. Таким образом, фактор h является эрос-радикалом, корнем любви и нежности, причиной привлекательности и образования связей. Он приводит как к индивидуальной персональной любви (+ h), так и к любви ко всему человечеству (— h). Фактор h является не только одним из двух факторов, определяющих собой сексуальность, это и фактор любой связи между людьми в сексе и любви, между душой и телом.

*

В системе влечений З. Фрейда фактор h соответствует так называемому *влечению к жизни*. В алхимии этот фактор фигурирует в виде Меркурия-Гермеса*. Как и Меркурий,

* Jung C. G. Symbolik der Geistes. Zürich, 1948, S. 105 ff.

фактор h обладает двойной природой. Это фактор *гермафродитного* мира. Отсюда и его название h и его праформа $\pm h$. Так же как тело Меркурия-Гермеса кажется «вульгарным», мужским, а дух — женственным, добровольно приносимым в жертву (мы видим его появляющимся то в образе супруга и супруги, то в образе невесты, то в образе жениха), так и саязи, формируемые вектором h , имеют двойственную, *гермафродитную* природу. Это означает, что фактор h обуславливает как гетеро-, так и гомосексуальную любовь. В воздействии фактора h решающей является не *направленность* в любви на определенный пол, а способность входить в любовные *связи как таковые*.

В качестве гермафродитного радикала $\pm h$ фактор h также соответствует *любви праматери*, которая в мифологии изображается гермафродитом, привязывающим к себе как сыновей, так и дочерей. В качестве носителя эроса фактор h мало чем отличается от эроса *Гесиода* или орфической фигуры *Фанеса*, «посвященного», «отца эроса», а также от фигуры *Приана*. Это двуполое существо, оно приравнивается к *Дионису Лисею*^{*} из древнегреческих Фив^{**}.

Мы говорим, что фактор h при рождении человека появляется в форме $\pm h$, то есть как носитель любви, характерной для двуполого существа. И только с течением времени в первоначально гермафродитно заложенном факторе h дифференцируется:

- *гетеросексуальная любовь к отдельной персоне*: $+h$ (при $+s$ в форме $S^+; s$)
- *бесполая, коллективная и идеальная любовь ко всему человечеству*: $-h$ (при $-s$ в форме S^{++}), когда эрос отдельного существа связывается не с одной определенной персоной (например, с матерью, отцом, братом, сестрой, невестой, женихом, другом, подружкой и т. д.), а с любовью к «идее *человечества*», то есть одновременно ко всем живым существам, которых можно отнести к «человеку». Так что к сущности фактора h принадлежит и единение групп людей («коллективов») при разделении ими одних и тех же гуманистических идей.

Такая духовно-гуманная любовная привязанность к человечеству — в виде коллективной носительницы идеи «человека» — является конечным этапом на пути гуманного развития. Достигается она лишь немногими избранными, и только временно.

*

Специфическую энергию эрос-фактора h мы называем *либидо*. Этот энергетический источник не только не имеет чисто сексуальной природы — как это принимается в теории либидо З. Фрейда, — но не может претендовать и на то, чтобы вообще рассматриваться в качестве всеобъемлющей психической энергии, — как это принято К. Г. Юнгом. В учении о влечениях судьбоанализа *либидо означает исключительно*

* В орфике (древне-греч. учение Орфея) считается, что Зевс породил Диониса Лисея («отрешителя») для того, чтобы освободить душу человека от тела и приготовить ей путь к вечному блаженству; в этом учении люди считались состоящими из двух начал: дионисийского и титанического, благого и злого, — *Примеч. пер.*

** Jung C. G. Symbole der Wandlung. Zürich, 1952, S. 226

энергию фактора h . Таким образом, из энергетического источника, названного «либидо», никакой другой фактор влечения питаться не может, только фактор эроса, который заявляет о себе всегда, когда люди стремятся сблизиться друг с другом и между ними образуются связи.

Таким образом, учение о влечениях позволяет отклонить гипотезу о возможности метаморфоз психической энергии; последнюю, по нашему мнению, нельзя метафорически сравнивать с валютой, которую можно обменивать на любую другую. Судьбоанализ не принимает также ту идею, которую Фрейд считал основой механизма сублимации. При этом отнюдь не оспаривается психоаналитическая гипотеза о том, что в результате изменения цели и объекта либидо сексуального влечения может направляться на более высоко стоящие этические достижения духовного плана. Мы только утверждаем, что наши «добродетели» отнюдь не являются сублимированными «пороками» сексуального влечения. С самого начала жизни в унаследованные нами генетические корни закладываются «добродетели». Поэтому судьбоаналитическая теория об энергетических источниках влечений содержит следующие гипотезы:

1. Любой фактор системы влечений (от h до фактора t) обладает своим собственным специфическим и незаменимым источником энергии.

Поэтому судьбоанализ работает не с одним, а с восемью особыми источниками энергии, которые никогда не могут обмениваться друг с другом своими специфическими энергетическими зарядами. Как из корней пихты никогда не может вырасти дуб, так и из «корней» фактора h никогда не сможет проявиться фактор r или t или какой-нибудь другой фактор влечений, скажем, посредством перемещения или преобразования энергии. Феномен, который К. Г. Юнг описал в виде преобразования универсальной психической энергии, на самом деле вовсе не является «разменом» одной и той же психической энергии, «метаморфозами либидо». Преобразующейся инстанцией всегда остается сфера Я, а не универсальная психическая энергия. Изменяющееся Я каждый раз мобилизует разные энергетические источники влечений.

Сфера Я каждый раз ставит иную движущую силу на передний план психического бытия, в то время как все остальные энергетические источники на какое-то время остаются незадействованными и пребывают на заднем плане. Таким образом, энергия из одного и того же источника не смещается на различные плоскости психической жизни. Постоянно находящаяся в динамике сфера Я выбирает из предоставленных в ее распоряжение восьми энергетических источников ту качественно своеобразную энергию, которая в наибольшей мере соответствует актуальным потребностям Я.

Потому правомерно говорить не о метаморфозах либидо, а о метаморфозах Я.

2. Согласно генетической теории влечений, специфичные источники энергий восьми факторов влечений, восьми специфических унаследованных структур, представляют собой группы влечений, которые в качестве радикалов не историчны, изменяемы разве что только посредством мутаций, но никогда не меняются в результате воздействия изменившихся ситуаций в жизни индивида.

То, что прежде всего изменяется на сцене психической жизни, относится к осознанию желаний и к установке Я, которое каждый раз черпает энергию из другого источника влечений, чтобы суметь реализовать те или иные притязания на переднем плане бытия. Но в то время как одна группа энергий влечений питает собою происходящее на переднем плане психической жизни, другие группы энергий влечений

остаются на заднем плане, то есть находятся в резерве, пока изменившееся Я вновь не обратится к новым энергетическим источникам, чтобы осуществлять свое актуальное бытие.

3. Предполагаемые восемь различных групп влечений в своих корнях — в качестве специфических энергетических источников — всегда остаются теми же самыми; но, как мы уже подчеркивали, в определенной мере их формы проявления могут изменяться — это всегда зависит от метаморфоз сферы Я. Разнообразные метаморфозы Я, обусловленные полом и возрастом, окружающей средой и способом жизни, личной и коллективной судьбой и т. д., сказываются на картине проявления любого фактора влечений. Так что любой фактор постоянно имеет особый круг своих проявлений в различных плоскостях, что всегда должно учитываться при истолковании результатов тестирования.

*

Вернемся к рассмотрению сущности фактора h и различным видам его реакций.

1. Анализ нулевых реакций h

$0 h$

По своей сути $0 h$ -реакция означает *актуально существующее относительное* уменьшение, или даже полное отсутствие потребности в эротических контактах и привязанностях. Мы еще раз подчеркиваем, что обнаруживаемое в $0 h$ -реакции уменьшение или отсутствие эрос-фактора является *преходящим, временным* феноменом. Это не говорит о том, что И. постоянно и абсолютно не имеет эрос-потребности. На основе обобщенных значений нулевых реакций мы можем предположить следующие причины их появления:

1. И. незадолго до проведения тестирования полностью разрядил свои притязания эроса (например, посредством коитуса, онанизма, нежной дружеской встречи с партнером и т. д.). Поэтому на переднем плане не обнаруживается никакого притязания на эрос ($0 h$), и в то же время на заднем плане уже в ходу реинтеграция (ЭКП: $\pm h$, $+1 h$ и т. д.). Так что будет вполне справедливо предполагать, что в самом скором времени эрос вновь проникнет на передний план.

В редких случаях может произойти так, что И. в серии из десяти экспериментов почти постоянно будет давать $0 h$ -реакцию, так, например, $0 h$ вместе с $+1 s$, $+11 s$, $+111 s$, то есть в векторной форме мы получаем $S0 +1$ (см. таблицу 5). В таких случаях можно предположить наличие *относительного* дефицита эрос-потребности, причем всегда в сразнении с одновременно максимально накопившимся стремлением к разрушению или садистическим притязанием. Таким образом, притязание h стало как бы нулевым только по сравнению с синхронно действующим притязанием s , так как стремление разрушать подавляет все другие проявления в векторе S .

На этом примере хорошо видно, что масштаб, по которому наш тест оценивает силу потребности, будет всегда сопряженным с потребностью-партнером. Эта сопряженность мобилизуемых количеств энергии опирается на взаимовоздействие интерфакторных отношений, и особенно на два соответствующих (аллельных) фактора внутри одного и того же вектора.

Например, когда мы обнаруживаем в тесте: $h = 0$, а $s = +6$, то в этом проявляется только относительное количественное соотношение между h и s , а не «абсолютная» величина мобилизованной энергии влечений. Для приведенного выше примера это означает, что актуально готовое количество стремления к разрушению в шесть раз превышает энергию эроса. Это отношение $0 h:6 s$, следовательно, нельзя истолковывать так, что эрос полностью отсутствует у И., он очень мал только по сравнению с величиной своего фактора-партнера.

Естественно, сказанное относится и к противоположному случаю: $0 h$ при $-s$ (или $-I s$, $-II s$, $-III s$) или это же в векторной форме $S0-$, $S0-I$, $S0-II$, $S0-III$. $0 h$ -реакция здесь будет свидетельствовать только о том, что по отношению к стремлению к саморазрушению (мазохизм) стремление к любви и образованию связей понижено до минимума. Рис. 16, который мы будем рассматривать позже, является классическим примером подобных случаев.

2. $0 h$ -реакция может указывать и на продолжающееся, непрерывное удовлетворение эроса в социальной профессии или в духовной деятельности (сублимация). Если, например, у какого-либо психотерапевта в целой серии исследований постоянно обнаруживаются: $S0-$, то $0 h$ -реакцию можно интерпретировать как длительное удовлетворение «терапевтического эроса» в профессиональной деятельности — одновременно с потребностью полной самоотдачи ($-s$). Таким образом, в этом случае нулевая реакция будет означать перманентное, социализированное удовлетворение эроса.

3. В редких случаях $0 h$ -реакция может указывать и на конституциональную слабость любовного привлечения партнера и потребности устанавливать связи, например, у соматических гермафродитов или при врожденном недоразвитии гениталий. Эти случаи могут служить доказательством тесных взаимосвязей, существующих между генными источниками эроса в соматических клетках и половых органах. Несмотря на такие тесные взаимосвязи было бы ошибочным считать, что энергетические источники эроса имеют исключительно гормонально-химическую природу и связаны исключительно с половыми органами.

II. Анализ позитивных реакций h

$$\boxed{+h}$$

а) избыточные: $+I h$, $+II h$, $+III h$

По своей сути эти h -реакции означают накопление эроса гораздо выше среднего уровня, то есть *сверхдавление эроса*, на которое соглашается оценивающее Я. Носители таких реакций на момент исследования полностью заряжены одобряемым ими эросом.

С одной стороны, такие люди притягательно воздействуют на других людей, а с другой стороны, они и сами удивительно сильно увлекаются определенными персонками. Часть таких заряженных эросом людей действительно в повышенной степени способна к тесным контактам и легко устанавливает связи. Чаще всего в существующих у них связях эти люди могут полностью разрядить избыточное количество накапливающегося эроса. В эксперименте из 10 серий гипертрофированные позитивные h -реакции в этих случаях чередуются с 0 h -реакциями. У молодых людей, начинающих самостоятельную жизнь, и у людей, имеющих партнеров в любви, подобная *последовательность* в накоплении и разрядке эроса наступает наиболее часто. Она является признаком одной из здоровых возможностей разрядки эроса. Но в лечебных учреждениях клинические психологи встречают и тяжело больных людей, которые в десятисерийном эксперименте — а иногда даже в нескольких таких экспериментах — постоянно показывают экстремальный избыток в позитивных h -реакциях, не имея возможности для его разрядки. В этих случаях психиатр или психолог вынуждены будут считать, что больной скорее всего неспособен к разрядке своих потребностей в реальной любовной связи из-за имеющихся *расстройств в сфере Я*. Поэтому возникает перманентное накопление либидо без какой-либо возможности для его разрядки. Следствием этого будет состояние беспокойства, вплоть до возможной ажитации (чрезмерное возбуждение), иногда сопровождающееся проявлениями тенденций к саморазрушению или агрессии по отношению к окружающим людям; такое нередко бывает у больных эпилепсией, параноидных больных и у депрессивных людей. Чаще всего больная персона с переполняющим ее либидо умудряется разряжать фактор s и таким образом дает тяжелую картину сексуальности $S +!!! 0$, картину, которую мы часто обнаруживаем у больных в лечебных и полечительских учреждениях. Это говорит о том, что душевнобольными часто становятся из-за того, что они не могут в реальном мире разрядить свой эрос. Но, конечно, первичным процессом здесь было не сверхдавление эроса, а расстройство в сфере Я, которое в результате чрезмерных проекций, ложных инфляций, интроекций или деструкций преградило путь для разрядки либидо. В определенных обстоятельствах сверхдавление эроса может указывать и на латентную гомосексуальность, которая ни разу (или почти ни разу) не смогла реализоваться во взаимоотношениях с партнером. Сверхдавление либидо сопровождает, кроме того, почти все нарциссические расстройства.

При тщательном анализе тестовых результатов детей, так называемых «нормальных» взрослых людей, больных с сексуальными отклонениями, страдающих неврозами, эпилепсией, психотичных больных, можно предположить, *насколько трудно в нашем мире обстоит дело с возможностью удовлетворения потребности в любви и связи*. Несомненно, большую часть ответственности за это несет воспитание, и особенно в первые шесть месяцев жизни (Р. Шпиц)*, во всяком случае, до начала обучения в школе.

б) Обычные позитивные реакции h

Позитивные реакции — одновременно со средней позитивной s -реакцией ($S + +$) — указывают на нормальную ситуацию в любви и связях. Более подробно о них рассказывается в подразделе, рассматривающем векторную картину $S + +$.

* Spitz, R. A.: Kinderbeobachtung und Psychotherapie in ersten Lebensjahr. Schw. Zsch. f. Psych. Bd. XV, Nr. 4, 1956 S. 313 ff.

III, Анализ негативных реакций h

$-h$

а) избыточные: $-I h, -II h, -III h$

Негативные гипертонусные h -реакции могут означать следующие вариации судьбы в эросе:

1) *чрезмерное вытеснение или подавление*, а возможно, и доходящее до предела *желание отказаться* от любой либидинозной связи с конкретным человеком;

2) в некоторых обстоятельствах это будет свидетельствовать о подавлении *гомоэротической любовной связи*;

3) еще реже это может говорить о нездоровом накоплении *любви к коллективному человечеству*, т.е. запредельное стремление к принятию человеком предназначенного ему подлинного образа («человечиванию»), стремление к *гуманизации и культуре*. В то время как «здоровое» стремление к гуманизации выражается в тесте в форме $S - - , - 0$, избыток негативной h -реакции всегда проявляется с оттенком болезненной мечтательности, нездорового утрирования и подозрительного злоупотребления идеей «человечности». При встречах с такими людьми постоянно возникает подозрение, что чрезмерное стремление к культуре является у них не совсем истинным, что в действительности оно — только ширма для прикрытия неудовлетворенных, но втайне желаемых гетеро-, а скорее гомосексуальных побуждений. Внезапный разворот от негативного ($-I h$) к позитивному направлению ($+I h$) в течение десятисерийного эксперимента совершенно точно говорит о фальшивом стремлении к гуманизации. Чаще всего у этих мечтателей о культурном благодеянии человечества, у «прикидывающихся» гуманистами людей мы будем находить в ЭКП подтверждения того, что утрированный отказ от персональной любви отнюдь не был искренним. Нередко в комплементарном профиле обнаруживается непережитая (а если и пережитая, то в далеком прошлом) сильная склонность к гомосексуальности.

b) *средние негативные реакции h*

$-h$

Средние негативные реакции являются признаком устремленности к идеальной любви ко всему человечеству, и именно в той степени, в которой это доступно для человека. Особенно это верно в тех случаях, когда соответствующая s -реакция оказывается тоже негативной или нулевой ($S - - , - 0$). И напротив, сцепления типа $-h + s$ ($S - +$) или $-h +I s$ ($S - +I$) свидетельствуют о том, что на самом деле либидинозная любовь к конкретной персоне вытеснена или подавлена, так как стремление к разрушению оказалось сильнее и пользуется поддержкой «установочного» Я. В этих случаях необходимо обращать внимание на вышеупомянутый способ коррелятивного истолкования. В качестве доказательства идеальной любви к человечеству — h -реакция может истолковываться *только* тогда, когда Я уже достигло

одной из высоких ступеней развития, то есть при $Sch \pm +$, $\pm \pm$, $++$, но отнюдь не при $Sch -$, $-+$, $0-$, $0 \pm$, $+-$, $+\pm$, ± 0 , $\pm -$ и т. д. При объяснении анализа вектора S мы дадим более подробные сведения о ступенях развития Я.

IV. Анализ амбивалентных реакций h

$\pm h$

По своей сути $\pm h$ -реакция означает врожденную гермафродитную преформу эроса. Естественно, что термин «гермафродитная» не означает здесь специфическую соматическую конституцию какого-либо человека, хотя мы и знаем, что человек в начале эмбриогенеза имеет первичные признаки обоих полов, а рудиментарно даже у взрослых людей мы обнаруживаем признаки противоположного пола. «Гермафродитный эрос» имеет следующее психологическое значение:

1. $\pm h$ является первоначальной формой межличностного притяжения и установления связей. В этой форме эрос еще не направляется исключительно на какой-то определенный пол и возраст, на определенный класс или расу. Таким образом, гермафродитный эрос носит в себе разные возможности будущей направленности, которая будет конкретизироваться во время психического развития эроса;

2. $\pm h$ скрыто носит зачатки как будущей любви к конкретному человеку, так и любви ко всему человечеству. Посредством $\pm h$ человек имеет возможность любить все живое. Мы еще раз подчеркиваем, что выбор объекта любви только потому остается недифференцированным, что само «выбирающее» Я пока является незрелым;

3. $\pm h$ при $\pm s$ -реакции ($S \pm \pm$) психодиагностически указывает на существование недифференцированной бисексуальной ступени развития, которая характерна для рождающегося человека и которая только гораздо позже начинает дифференцироваться более тонко, чтобы потом — уже под конец жизни — опять возвратиться на первоначальную бисексуальную ступень (регрессировать). Таким образом, реакция $\pm h$ тестологически постоянно интерпретируется как недифференцированная или регрессивная форма эроса. Поэтому у взрослых испытуемых с тенденцией к бисексуальности наблюдается именно такая картина.

- а) Избыточная амбивалентная реакция. Два вида избыточных $\pm h$ -реакций $\pm h$ и $\pm \pm h$ помогают выявить конкретные предпочтения И., будет ли в его бисексуальной эротической конституции скорее предпочитаться либидозная любовь к конкретной персоне ($\pm \pm h$) или же будет доминировать идеальная любовь ко всему человечеству ($\pm h$). Но так как эта реакция является амбивалентной, то избыток здесь может быть только минимальным. В одном направлении в любой $\pm$ -реакции можно выбрать самое большее четыре картинки из тестового набора.
- б) Значение обычной амбивалентной реакции h мы уже рассмотрели.

*

Мы только что изложили суть фактора *h* и виды его реакций, но не показали его феноменологическое разнообразие. Посредством приводимых нами примеров мы отнюдь не стремились показать полный «инвентарь» возможностей судьбы в пространстве эрос-фактора — как на таблице 2 — мы ограничились только изложением его существенных черт.

Все последующие факторы влечений будут изложены здесь в первую очередь с акцентом на их сущности.

ГЛАВА 5 СУЩНОСТЬ ТАНАТОС-ФАКТОРА S

Сущность фактора s заключается в потребности разрушения и саморазрушения, в садизме и мазохизме, в активности и пассивности. Это садомазохистский фактор в судьбоаналитической системе влечений, это — радикал деструкции. Само обозначение фактора s происходит от слова «садизм».

Сила, которая способна разрушать даже прочно сложившиеся связи, безвозвратно уничтожать более крупные жизненные структуры, разрушать прекрасные эротические союзы, постоянно противодействовать любой устремленности к единству и целостности, разъединять единое, которая символизирует гибель для всего живого, именно эта брутальная, мертвящая сила влечения и пребывает в факторе *s*.

Все, что приходит в упадок и исчезает, что разрушается и распадается, что страдает и умирает, что связано со смертью и самоубийством, не может обходиться без содействия фактора *s*.

Этот фактор отличается наибольшей мощностью среди всех элементов, приводящих к упадку и распаду; это наиболее ужасный среди всех «вызывающих панику призраков»; он наиболее брутален среди всех сил, приводящих к смерти; испокон веков именно он подстрекал к разбойничьим набегам и войнам в жизни народов и к любым внутренним войнам в душе конкретных людей.

Фактор h является фактором эроса, а фактор s — танатоса.

Греческое слово «танатос» означает:

- естественную смерть;
- насильственную смерть, убийство;
- смертную казнь;
- непосредственно труп, мертвое тело.

Как фактору *h* в учении о влечениях З. Фрейда соответствует *влечение к жизни*, так фактору *s* — *влечение к смерти*. В нашей системе влечений оба этих фактора

являются не влечениями, а просто латентными движущими силами, потребностями, из которых потом и образуется сексуальное влечение, вектор *S*. (См. далее объяснения, касающиеся вектора *S*). Особой энергией влечения фактора *h* является *либидо*, а энергией фактора *s* — *мортидо*; последний термин Пауль Федерн^{*} советовал применять для названия специфической энергии влечения к смерти^{**}.

Известно, что З. Фрейд после довольно длительных размышлений и колебаний^{***} решился ограничиться *лишь* двумя основными влечениями, а именно *эросом* в качестве влечения к жизни и *танатосом* как влечением к смерти^{****}.

Все другие противоположности в жизни влечений — например, стремление к самосохранению и сохранению рода, любовь к Я и любовь к объекту, определенные Фрейдом в его более раннем учении о влечении, в новой концепции системы влечений попадают у основателя психоанализа в область эроса. *Целью эроса является связывание (соединение), а танатоса — разрушение (разъединение)*.

*

При рассмотрении сущности этого фактора необходимо помнить о том, что в работе «По ту сторону принципа наслаждения» (1920) Фрейд оперирует следующими тождествами: «Мы исходили, — пишет Фрейд, — из четкого разграничения *влечений сферы Я — влечением к смерти и сексуальных влечений — влечением к жизни*... С самого начала наша концепция носила *дуалистический* характер, причем сегодня она стала еще более четкой; это произошло после того, как мы стали обнаруживать противоположность не между влечениями Я и сексуальностью, а между влечениями к жизни и к смерти»^{*****}.

Очевидно, что влечения сферы Я Фрейд приравнял к влечениям смерти; тезис, который даже в кругах психоаналитиков вызывает резкую критику и споры^{*****}. Чуть позднее справедливость идей Фрейда была подтверждена экспериментальной диагностикой влечений. Нам лишь пришлось чисто экспериментальным путем четко отделить друг от друга и более точно определить отношение пары противоположностей эрос-танатос, с одной стороны, к сексуальной жизни, а с другой — к жизни сферы Я.

* П. Федерн (1871-1950) — австроамериканский психоаналитик. О семье Федернов в Вене говорили: «Где Федерн бывает, там мир пребывает». С 1902 г. П. Федерн является участником Фрейдовского общества. В 1919 г. опубликовал книгу Психология революции: общество-безотповника». В 1926 г. Федерн издал «Психоаналитическую хрестоматию для народа». Наибольшие научные заслуги Федерна — в области психологии Я и терапии психозов, работы на эту тему собраны в книге «Психология Я и психозы» (1952). — *Примеч. пер.*

** Federn P. Ich-Psychologie u. die Psychosen. Huber, Bern u. Stuttgart, 1956, S. 108, 145f., 259f., 312-314, 336.

*** Freud S. Abriss der Psychoanalyse. Ges. Werke, Imago Pub. London, Bd. XVII, 70.

**** Freud S.: Jenseits des Lustprinzips (1920). Ges. Schr. Bd. VI. Int. Ps. Verlag, Leipzig/Wien/Zürich, 1925, S. 191.

***** Ebenda: S. 245

***** Lampel-De Groot, J.: Anmerkungen zur psychoanalytischen Triebtheorie. Entfaltung der Psychoanalyse. Hg. von A. Mitscherlich, Klett, Stuttgart, 1956, S. 194 ff.

1. Предваряя наши дальнейшие рассуждения, обратим внимание читателя на следующие факты: сексуальные функции h и s находятся в близкородственных отношениях с *определенными* функциями Я.

2. Эрос-фактору h в жизни сферы Я соответствует стремление Я к *партиципации*, к праформе проекции ($-p$), то есть p -функция. *Партиципацией мы называем* — в соответствии с взглядами Леви-Брюля — *стремление Я к единению, равенству, родственности с другим Я*.

В то время как эрос — в качестве фактора h — обуславливает и поддерживает перенос либидо, а этим создает чисто эротические связи между двумя любящими, проективная партиципация — в качестве прафункции Я — переносит *энергию бытия*, «*потестас*» (властелин, вельможа) со своего Я на Я другого человека. Это означает, что *мощь бытия в качестве власти и влияния переносится сферой Я на другого человека, вызывая посредством этого единение двух Я в форме «дуалюньон» (симбиотический союз двоих)*. Дуалюньоном мы называем бытие своего Я в Я другого человека. Таким образом, на основании экспериментального анализа влечений и сферы Я мы можем допустить существование двух различающихся в своих корнях форм единения двух живых существ: а) *эротическую* и б) *эгоформную*.

Эротическое единение с другим человеком питается из эротического источника фактора h , то есть из *либидо*. Эгоформное единение с Я другого человека питается из источника власти и влияния фактора p , из энергии влечения, присущего бытию Я, энергии, которую мы называем *потестас*. Это единение с Я другого человека как раз и возникает в результате переноса мощи бытия, *потестас*^{*}.

Следовательно, *эротическое единение двух живых существ является либидозным слиянием в любви*. Эгоформное единение является *потестасным единением двух существ в Я на основе переноса власти и влияния*. Феноменологически эротически-либидозное слияние по временам может вполне совпадать с потестасным бытием в Я другого человека. Но такая simultанность наступает далеко не всегда. Два человека могут непреодолимо притягиваться друг к другу эротически, и в то же время не иметь никакой возможности быть едиными в Я. Именно эти различия в эросе и в сфере Я наиболее часто делают совместную жизнь двух людей столь трудной.

3. Танатос-фактору s в сфере Я соответствует *негативная k -функция, избыточный негативизм* ($-lk, -llk, -lllk$). Это сверхдавление негативной k -функции мы называем *эгоформной деструкцией*, или *самодеструкцией Я*. Персона разрушает — чаще всего в состоянии отчаяния — любой идеал в сфере Я или в сфере материального обладания, саботируя этим свое собственное Я в его возможностях добиваться власти. Таким образом мы дифференцируем различающиеся уже в самих корнях два вида *деструкции*:

- а) *садистическое, танатосное разрушение;*
- б) *эгоформное, кататониформное, негативистское разрушение.*

Танатосная форма разрушения питается из энергетического источника фактора s , из *мортидо*, т.е. она проявляется *мортидозно*.

Эгоформная деструкция черпает свою энергию разрушения из энергетического источника фактора k , то есть из энергии Я, присущей кататониформному отрицанию.

* О третьей форме единения, *коммуникации*, еще будет идти речь при рассмотрении влечения контактов.

Чаще всего обе формы — в том виде, как они проявляются в действительности — совпадают, черпая энергию разрушения одновременно как из мортидо, питающего влечение к смерти s , так и из источника отрицания в сфере Я, из фактора k . Но появляться они могут и независимо друг от друга. Все эти закономерности хорошо прослеживаются в наших экспериментах.

4. Таким образом, эрос-фактор находится в интерфакториальных взаимоотношениях (корреляции) с потестас-фактором p , а танатос-фактор — с фактором отрицания k . Но мы подчеркиваем, что несмотря на кажущееся сходство в проявлениях (соединение или деструкция), источники влечений, как и их глубинно-психологическое значение, все же будут другими.

*

Вернемся к рассмотрению сущности фактора s .

Фактор s является садомазохистическим фактором влечений. Его врожденной формой будет $\pm s$.

Из этой архаичной амбигуэнции в ходе развития индивида дифференцируется:

- Одобряемая со стороны Я тенденция к агрессии, к садизму, к разбою и убийству: $+s, +!s, +!!s, +!!!s$.
- Обращение садизма и деструкции на собственную персону, то есть жертвенность, покорность, сексуальный и моральный мазохизм, самодеструкция вплоть до самоубийства*: $-s, -!s, -!!s, -!!!s$.

Подобно фактору h , фактор s предоставляет возможность выбора более высокой, гуманной и идеальной судьбы. В то время как эрос-фактор h создает инстинктивный фундамент для функционирования на духовном уровне в области культуры, гуманизации и любви к человечеству, фактор s прежде всего воздействует на уровень социализации, на все то, что связано с техникой и цивилизацией. При расчищении первобытных лесов и уничтожении диких зверей, при строительстве городов, улиц, железных дорог и автострад, водопроводов, гидро- и атомных электростанций, установке канализационного оборудования, при создании любых технических средств, обеспечивающих комфортные условия, при всех так называемых гигиенических профилактических мероприятиях — массовых прививках, уходе за телом — мы наряду с влиянием других факторов неизбежно встречаемся и с воздействием фактора s . Не применяя насилия, даже сегодня невозможно привести к цивилизации и защитить от болезней еще объединенные в отношении культуры примитивные народы или низшие социальные слои богатого культурными традициями народа. Как известно, в особых случаях при лечении невозможно обойтись без применения окровавленного хирургического или обжигающего электрического ножа. В царстве деструктивного влечения также доминирует закон противоположности природы и духа в проявлениях одной и той же потребности влечения. Но обращение садистической

* Такие реакции особенно характерны для невротической, параноидной и психотической депрессии, а также для бреда с приступами отчаяния.

тенденции (+ s) в покорность и жертвенность (- s) всегда определяется отношением оценивающего Я.

В основе фактора s лежит также *двойная тенденция активности (+ s) и пассивности (- s)*. Обе тенденции относятся не только к половой жизни (сексуальная активность и пассивность), но и к деятельности в производственной сфере и вообще в жизни. Как эрос-фактор филогенетически символизирует потребность праматери, так фактор s — потребность *праотца, отца первобытной орды* (З. Фрейд), патриарха. А именно, с одной стороны, отцовские проявления обнаруживаются в его брутальности по отношению к сыновьям, которых он изгоняет в борьбе за женщин, а с другой стороны, в *стремлении защищать семью*, когда он в борьбе за существование и защищаясь от врагов, способен *приносить себя в жертву*. Таким образом, фактор s носит в себе все первобытные тенденции *патриарха*; это касается как роли семейного тирана, так и жертвующего собой отца семейства. В определенных обстоятельствах — и особенно у мужеподобных женщин, гермафродиток (вигаринок*) — достаточно сильная мать может принять на себя роль отца, и тогда мы обнаружим у нее в факторе s ту же реакцию, что дает мужчина-отец (см. далее мажор-минорный метод).

*

Перейдем к изложению различных видов реакций в факторе s.

I. Анализ нулевой реакции s

0 s

По своей сути реакция 0 s означает *актуальное и относительное снижение, уменьшение* потребности в проявлении мужской активности или женской пассивности, снижение садизма или мазохизма, уменьшение стремления к разрушению или к саморазрушению. Уменьшение энергии фактора s всегда необходимо оценивать только в соотношении с величиной фактора h. Самые главные возможности истолкования будут следующими:

И. находится ко времени проведения психодиагностического исследования в фазе разрядки активности или агрессии. В то время как на переднем плане И. отличается *актуальной, относительной неактивностью*, на заднем плане уже начинается как реинтеграция мужской активности, безрассудной и смелой агрессии (+ s), так и реорганизация мазохистической покорности (- s), то есть садомазохистическая амбигуенция $\pm s$ готовится к тому, чтобы выступить на передний план.

* Вигаричность (лат.) — наличие мужских половых признаков у персоны женского пола.

1. В векторной картине*: $S \pm h, +!! 0, +!! 0$ реакция 0 s указывает на явное доминирование эроса, а вследствие этого возникает относительное уменьшение тенденции к деструкции. В таких случаях сексуальность практически полностью состоит из эротического притяжения в любви без одновременного желания грубо разорвать либидинозные связи. Тестовый показатель $+! h, 0 s$ чаще всего связан с инцестуозной картиной контактов — $d, + m$. В этой реакции проявляется необычно инфантильная форма пассивной связи с матерью или замещающей ее персоной. Индивид страстно стремится к любви ($+! h$), но никакого активного шага ради ее достижения сам не делает ($0 s$).

Эта же сексуальная картина может выявиться и при недавно происшедшей мощной разрядке агрессии. И. вынужден был разрядить свою агрессию по отношению к объекту любви, так как не мог больше вынести напряжения в результате накопившейся неудовлетворенности в сфере эроса. Посредством взрыва агрессивной активности И. удалось уменьшить внутреннюю напряженность. Но сама сексуальность и в этом случае остается инфантильной, а нередко даже приобретает перверсивную окраску в результате проявления садизма**.

2. Противоположная сексуальная картина: $S - 0, -! 0$ и т. д. указывает на то, что И. уже удалось удовлетворить свою активность и агрессию в какой-либо гуманистической деятельности (например, в работе хирурга, критика, исповедника, воинствующего гуманиста и т. д.). Но в таких случаях обязательно должна обнаруживаться высокая ступень развития Я.

3. Реакция 0 s при $\pm h$ ($S = 0$) означает снижение активности и агрессии у персоны, которая пытается удовлетворить свой эрос одновременно в двух разных направлениях, несмотря на то, что не способна на проявление достаточной активности. С одной стороны, И. страстно стремится к любви к конкретной персоне ($S + 0$), а с другой стороны он хотел бы любить целиком все человечество ($S - 0$); но ни то, ни другое этому И. не удается осуществить. Как раз то, что он пытается «служить одновременно двум господам», и делает его неактивным. Таким образом, иногда реакцию 0 s можно истолковывать и как *перманентную, социализированную* реакцию в пространстве фактора s , особенно в тех случаях, когда наряду с $- h$ высокой ступени развития достигла сфера Я.

4. Еще реже реакция 0 s означает конституциональную, т. е. *перманентную слабость мужской активности*, например, в сексе (то есть в «овладении» сексуальным объектом) или в постоянном безделье и потере трудоспособности. Анамнез И. и далее соматическое исследование (включая и состояние гениталий) в определенных обстоятельствах могут подтвердить или опровергнуть такую предварительную гипотезу. Но если пустая картина — $S 0 0$ — постоянно обнаруживается в десяти-серийном эксперименте, то можно считать, что выдвинутая выше гипотеза о значении реакции 0 s подтвердилась; исключением являются случаи чрезмерного пристрастия к онанизму.

* В векторной картине S вначале ставим показатель реакции фактора h , а за ним уже следует показатель реакции s ; сами буквы, обозначающие названия факторов (h, s), не пишутся.

** Walder H. Triebstruktur und Kriminalität. H. Huber, Bern u. Stuttgart, 1952. S. 42

II. Анализ позитивной реакции s

+ s

а) избыточные: +! s, +!! s, +!!! s

1. Обозначает чрезмерно повышенное и опасное накопление деструктивной потребности. Если И. неспособен постепенно разрядить огромное количество разрушительной энергии в течение определенного промежутка времени, носитель этого гипертонусного деструктивного стремления становится опасным для общества. На таких людей окружающие должны обращать особое внимание — как в психиатрическом учреждении, так и в тюрьме, а особенно в повседневной жизни. Во времена революций и политических переворотов именно эти садогипертонусные личности становятся наиболее жестокими разрушителями общественной и человеческой жизни. В тоталитарных государствах эти «супер-деструкторы» постоянно оказываются во главе карательных органов, тайной полиции и другого рода милицейских организаций. Один из классических примеров такого сорта людей подробно представлен нами в книге «Патология влечений» (том 1) в случае № 51 (военный преступник).

Конечно, вполне возможно, что в определенных обстоятельствах эти супер-деструкторы превратятся в разрушителей самих себя. В упомянутом случае № 51 речь идет о 53-летнем полковнике жандармерии, который во времена Второй мировой войны без суда и следствия — не имея на то никакого приказа — расстрелял на берегах Дуная в Южной Венгрии тысячи сербов и евреев и сбросил трупы в реку. Позднее, когда он находился уже в тюрьме, Л. Нослопи провел психологическое тестирование этого военного преступника; в профиле VI у полковника обнаружилась реакция +!!s, в профиле VIII: +!!!s, и один раз — в самом начале исследования — в профиле II: —!!!s*. Таким образом, этот преступник был не только организатором массовых убийств, но и самодеструктором, а также сексуальным садомазохистом.

2. Сверхдавление деструкции может свидетельствовать и о садистской или садомазохистской *сексуальной перверсии*, в особенности если реакция h при этом будет 0 или ±.

3. У больных *эпилепсией, кататонией, маниакальных больных или внутренне неустойчивых психопатов* большинство избыточных реакций с + s сопровождаются +! h.

б) Анализ нормальных позитивных реакций s

1. + s без признаков избыточности характеризует обычного, активного, работоспособного человека с нормальной потенцией *независимо* от его пола, если при этом реакция h тоже позитивна и без сверхдавления: S + +;

2. + s, появляющаяся одновременно с 0 h, — h и ± h (S 0 +, — +, ± +), в результате *принципа относительности*, о котором нельзя забывать при истолковании экспе-

* Иногда он выбирал все 6 карточек убийц или только в качестве симпатичных или только в качестве отвратительных.

риментальных данных, может указывать на болезненные черты характера или на ненормальную сексуальность. Так, например, в векторной картине $S 0 +$ заметно относительно преобладание садизма — даже если оно оказывается без избытка, так как одновременно обнаруживается уменьшение фактора эроса. Такая реакция характеризует обаятельного человека с повышенной склонностью к агрессивности. Типологически мы называем такого человека — конечно, несколько утрируя — «кротким плачущим падальщиком». Для того чтобы выявить, являются ли люди с реакцией S^h на самом деле гуманистами, пытающимися осуществить свои цели агрессивным путем, или же они в действительности являются агрессорами, подавляющими у себя способность любить другого человека, необходимо провести подробный глубинно-психологический анализ. На заднем плане такие люди отличаются женственностью ($S +$), нередко это сопровождается извращенной целью влечения, то есть сексуальной инверсией. Хорошую помощь в этом может сослужить анализ факторных корреляций.

3. Сочетание реакции $+s$ с амбигуэнтной или амбивалентностью фактора h : $S \pm +$ допускает два толкования реакции $+s$:

- а) нормальная, активная и готовая проявиться в реальной жизни сексуальность: $S + +$ сочетается с тенденцией любви ко всему человечеству ($-h$);
- б) к садогуманизму (садистическому гуманизму) ($S - +$) присоединяется любовь к конкретному человеку ($+h$). Конечно, в каждом конкретном случае только степень развития Я может подтвердить правильность одного вариантов истолкования и исключить остальные.

III. Анализ негативных реакций s

— s

а) избыточные: $-1s, -1/s, -1/s$

Избыточность в реакции $-s$ постоянно наводит на мысль о существовании какой-либо болезненной формы *мазохизма* или о чрезмерно повышенном подавлении, вытеснении или задержке очень сильного стремления к разрушению, садизма. На самом деле так оно и бывает, не существует хотя бы одного мазохиста, который при определенных обстоятельствах не смог бы стать садистом.

1. В качестве *мазохизма* сверхдавление реакции $-s$ может указывать на:

- *первичный мазохизм*, признак явного влечения к смерти у человека, разрушающего самого себя (З. Фрейд);
- *вторичный сексуальный мазохизм* (пассиофилия*);
- *третичный моральный мазохизм*.

* *Passion* (лат.) — страстная преданность — человек позволяет издеваться над собой, мучить, принимает боль и страдания.

Точный анализ середины профиля (то есть векторов P и Sch) позволит выявить, какая именно из этих форм судьбы будет характерной для И. При наличии признаков «совести» (+ le , - hy) и более высоком уровне развития Я ($Sch \pm +, \pm \pm$) скорее можно говорить о моральном мазохизме, в частности, о его третичной форме.

Отсутствие совести в сочетании с неразвитым Я ($0 e, 0 hy, 0 k, -p$ или $0 p$), то есть отсутствие цензуры Сверх-Я в середине, будет, наоборот, признаком вторичной, чисто сексуальной формы мазохизма. Наконец, «синдром самоубийцы» ($-k, \pm p, -d, -m$, так называемый негативный блок) указывает на возможность редкой формы первичного мазохизма. Истолкование подобного рода реакции как мазохизма будет особенно точным в тех случаях, когда одновременно реакция h оказывается нулевой. При этом ($S 0 -1, S 0 -1!$ и т. д.) отсутствует влечение к жизни, стремление к отношениям любви. Если очень сильно стремление любви к конкретному человеку ($S +1 -1$), то вполне справедливо будет предположить наличие сексуального мазохизма, особенно когда Я поддерживает это стремление ($Sch \pm p$). Если, наоборот, человек чрезмерно подавляет оба сексуальных притязания: $S -1 -1$, такую сексуальную картину следует не истолковывать как гуманизованную любовь с жертвенностью и преданностью, а интерпретировать как подавление повышенной сексуальности, причем как в направлении любви к конкретному человеку, так и в направлении садизма. Задний план в таких случаях всегда представлен в виде $S +1 +1$ и т. д. Экспериментатору редко удастся в тестировании из десяти серий сделать заметным обращение из $-1 s$ в $+1 s$, как это удалось нам при проведении эксперимента с упоминавшимся ранее военным преступником (случай № 51 из «Патологии алечений»).

Редко встречающееся срединение мазохизма с амбивалентной или амбиген-дентной реакцией h в сексуальной картине $S \pm -1$ чаще всего считается фазой, предшествующей картине $S 0 -1$.

b) анализ обычной негативной реакции s

По своей сути это знак преданности, жертвенности, характерной для цивилизованного человека независимо от его пола.

1. Вместе с реакцией - h , не достигающей чрезмерной величины (то есть в картине вектора мы встречаем $S -$), реакция - s обозначает только что упоминавшиеся компоненты преданности и жертвенности в любви к людям. Обе эти реакции являются достаточно надежными тестовыми показателями гуманизации; правда, необходимо убедиться в существовании развитого Я ($S -$, $Sch \pm +, \pm \pm, + +$).

2. При позитивной реакции h ($S +$) обычная негативная реакция означает женскую пассивность во всех жизненных событиях; возможно также проявление пассивно-мазохистичных тенденций в гомо- и гетеросексуальных контактах.

3. При $0 h$ -реакции - s будет означать монофункцию пассивности, находящуюся на границе с мазохизмом.

4. При $\pm h$ ($S \pm$) - s может истолковываться со следующими вариациями:

- она может представлять собой наполовину гуманизованное состояние преданного и жертвующего собой человека ($S -$), который пока не может отказаться от любви к партнеру ($+ h$);

- в зависимости от существования других реакций расщепления ($P + -$, $Sch + -$, $C + -$) обычная негативная реакция s при одновременном $\pm h$ может еще обозначать неполное расщепление или инверсию сексуальной жизни ($S \pm -$). Здесь эрос-фактор обнаруживается в актуальной форме потребности, проявляющейся в обоих направлениях: в любви как к конкретному человеку, так и ко всему человечеству ($\pm h$). $S \pm -$ может еще означать пассивную преданность ($- s$) бисексуальной персоны ($\pm h$), готовой пойти на расщепление (предшизофреническое состояние, бисексуальность и т. д.).

IV. Анализ амбивалентных реакций s

$\pm s$

По своей сути эта реакция символизирует *садомазохизм*, причем не только в сексуальной жизни, но и в любых других областях. В сексе удовольствие у садомазохистов связывается с нанесением и получением увечий и побоев. В повседневной жизни постоянно существует один и тот же вопрос: *Кто находится сверху?* Если в таком садомазохистском союзе один из партнеров своей брутальностью актуально занимает верхнее положение, то другой почти автоматически принимает на себя роль подчиняющегося человека, позволяющего более сильному партнеру издеваться над собой. Но в тот момент, когда жестоко истязаемый партнер вдруг обнаруживает, что его партнер-противник слабее, он мгновенно принимает на себя роль садиста и начинает мучать своего прежнего мучителя. Такая постоянная смена ролей приводит к формированию садомазохистической цепи, не уступающей по прочности цепи из кованого железа. Вместо связи посредством эроса мы встречаемся с садомазохистской связью, с танатосом. Конечно, такой вид отношений является патологией и часто представляет собой череду ссор, самых изощренных мучений и тупого смирения. Если какой-либо человек, находящийся за пределами такой цепи, попытается устранить в ней отношения «палач-жертва», то он мгновенно подвергается одновременному нападению со стороны обоих партнеров. Так что из года в год продолжают жить рядом люди, связанные садомазохистской цепью, как если бы они были рабами, прикованными к галере: мать и дочь, отец и сын, мать и сын, отец и дочь, супруг и супруга, мачеха и падчерица, работодатель и рабочий, нанявшийся на работу, и так далее. Таким людям почти невозможно оказать помощь, причем даже если прибегать за помощью к глубинно-психологическому лечению. Они сместили свою жизнь влечений с колеи эроса на колею танатоса, потеряв способность признать, что они связаны «ложными» узами влечений, узами, которые постепенно полностью разрушат обоих партнеров. Причиной такого смещения при выборе способа связи чаще всего является бегство от инцестуозной любви. Садомазохистов часто можно выявить по двум характерным признакам: 1. *манерничанью* и 2. *своенравности* (*сумасбродству*).

а) При избыточности реакции мы обнаруживаем две вариации:

1) $\pm 1 s$: такая реакция характеризует партнера, который, обладая мазохистской тенденцией ($-s$), в данный момент является еще и более сильным, относительно более садистичным ($+1s$);

2) $\pm s$: это психодиагностический признак актуально подчиненного, более мазохистичного партнера ($-1s$) в садомазохистском дуэлюньоне. Конкретные вариации реакций h точно такие же, как и в обычных амбивалентных реакциях s .

б) Обычные амбивалентные реакции s

О сущности этих реакций нами было сказано ранее. Их вариациями будут:

1. При $0 h (S 0 \pm)$: самая типичная форма садомазохизма. Связь посредством эроса практически отсутствует ($0 h$), поэтому доминирует ненормальная форма партнерства в виде садомазохизма ($\pm s$).

2. При $+ h (S + \pm)$ воздействие садомазохистских уз ослабляется, так как испытуемый еще не полностью потерял эротическое влечение, любовь к конкретному человеку ($+ h$). Чаще всего эта сексуальная картина говорит о пассивно-женственной персоне ($S + -$), которая иногда испытывает садистические склонности.

3. При $- h (S - \pm)$ садомазохистская реакция стыкуется с подавлением или вытеснением стремления любить. Именно поэтому персона, которая чаще всего скована инцестуозной связью, неспособна любить и вынуждена входить в несчастливую садомазохистскую связь. В определенных обстоятельствах такую сексуальную картину можно обнаружить у кого-либо из «садогуманистов» ($S - +$), для которых будет характерным предоставление себя своим подопечным и воспитанникам в качестве объекта издевательств (например, такое встречается среди учителей, профессоров, психоаналитиков, сотрудников отделов по социальному обеспечению и помощи населению).

4. При $\pm h (S \pm \pm)$ мы получаем в нашем психологическом эксперименте классическую картину психического гермафродитизма или бисексуальности.

ГЛАВА 6

АНАЛИЗ СЕКСУАЛЬНОГО ВЛЕЧЕНИЯ ВЕКТОРА S

Сексуальный вектор полностью соответствует всем требованиям*, предъявляемым к вектору влечения.

1. Особым «регионом обитания» сексуального вектора является сексуальная сторона жизни, причем как в первоначально чувственной, так и в гуманной форме.

* См. главу 2, подраздел II.

2. Сексуальный вектор состоит из факторов h и s , функции которых отличаются диаметральной противоположностью. Функцией фактора h является эрос, единение посредством любви и нежности, а функцией фактора s , наоборот, является разъединение, расторжение любого либидинозного союза посредством агрессии и садизма.

3. Несмотря на такую противоположность функций эроса и танатоса, факторы h и s выбирают одно и то же направление для влечения, приводя в конечном итоге к одной цели: к оплодотворению или единению с другим человеком и человечеством в целом.

В учении о влечениях, созданном психоанализом, эрос и танатос считаются двумя фундаментальными влечениями, полностью определяющими все проявления человека, на которых сказываются влияния влечений. По мнению Фрейда, никаких других фундаментальных влечений не существует. *В учении о влечениях, принятом в психоанализе, считается, что эрос и танатос являются только двумя особыми движущими силами двух факторов влечений (h и s), действие которых полностью ограничено областью сексуальности или любви к человечеству.* В системе влечений психоанализа мы обнаруживаем не два, а четыре фундаментальных влечения, причем все они (S -, P -, Sch - и C -векторы) являются *равноправными* фундаментальными влечениями со своими особыми направлениями влечений и конечными целями. Все влечения тем не менее ограничены определенной «трассой» для осуществления действий, находящегося под влиянием влечений, с *одним особым направлением, имеющим специфическое значение.* Но при этом влечения находятся в тесных корреляционных взаимоотношениях друг с другом. Поэтому учение о влечениях в психоанализе нельзя назвать *дуалистическим*; в принципе оно является *октагональной* (восьмиугольной) системой с «*октавой потребностей*», с *восемью* факторами влечений, из которых в ходе психического развития в результате функционального взаимодополнения, приводящего к дуэтам факторов-партнеров, возникает *квадрат влечений*, символизирующий целостность системы влечений.

*

Возникает вопрос — как из разлада и противоречий между любовью и агрессией, из столь противоположных функций единения и расторжения связей может возникнуть единство сексуальности с ее общей и определенной конечной целью?

Каким образом мы должны представлять себе этот процесс, в котором эрос = фактор h и танатос = фактор s , эти изначальные антиподы бытия, несмотря ни на что умудряются соединиться ради *одной* конечной цели в одну направляющую влечения колею? Еще в 1920 году этой проблемой заинтересовался Э. Фрейд. Как же так получается — гласит его постановка вопроса, — что при этой полярности влечения к жизни и влечения к смерти, любви и ненависти, нежности и агрессии начинают устанавливаться взаимосвязи? Ответ Фрейда был следующим:

«Возможно ли, что садизм на самом деле является не чем иным, как влечением к смерти, и не является тем влечением, которое в результате влияния нарцисстического либидо отсечено от сферы Я, так что само влечение обнаруживается лишь при взаимодействии с объектом? Только тогда влечение к смерти начинает оказывать службу сексуальной функции; в оральной стадии развития либидо овладение

объектом любви совпадает с уничтожением объекта, позднее садистическое влечение становится самостоятельным, отделяется, а позже, на генитальной стадии, оно переживает в целях продолжения рода ту функцию, которая позволяет овладеть сексуальным объектом и совершить половой акт. Можно сказать, что вытесненный из сферы Я садизм показал либидозным компонентам сексуального влечения верный путь; позднее они сами будут рваться к объекту. Если первоначальный садизм так и не смог понизить свой уровень и слиться с сексуальностью, появляется амбивалентность в любви и ненависти*.

Теоретические гипотезы З. Фрейда, в соответствии с которыми эрос и танатос сплавляются в ходе сексуального развития, мы смогли достаточно точно доказать экспериментальным путем. Векторные картины $S \frac{+}{-}$ и $S \frac{++}{--}$ обозначают процессы сплавления эроса (h) и танатоса (s). Сексуальная картина $S++$ в соответствии с накопленным нами опытом отражает уже сплавленную сексуальную жизнь, характерную для *обычного человека*, в которой сливаются нежность ($+h$) и агрессия ($+s$), фактически объединяя в себе и формирование эротической связи, и последующее ее расторжение.

$S--$ — картина также указывает на сплавление любви и агрессии, только происходит это на гуманизированном уровне («воинствующий гуманизм»). Обе сексуальные картины являются надежными психодиагностическими признаками, указывающими на *сплавленную, нормальную сексуальность*, где одна картина говорит о низкой ступени чистой чувственности, а другая свидетельствует о высотах любви ко всему человечеству и готовности к самопожертвованию. *Здесь сплавление обозначает отнюдь не «химическое» смешение, а взаимное дополнение двух факторов для совместного осуществления одного действия, находящегося под влиянием влечений.* Противоположности в сфере действий эроса и танатоса, на наш взгляд, являются не взаимно исключающими друг друга, а *дополняющимися друг друга противоположностями* в жизни влечений, которые взаимодействуют ради осуществления общей задачи. В сексуальном акте, например, происходит взаимодополнение следующих полярно противоположных явлений:

h :	s :
1. Пассивность	$\longleftrightarrow$ Активность
2. Любовь	$\longleftrightarrow$ Агрессия
3. Нежность	$\longleftrightarrow$ Овладение объектом
4. Максимальное чувство жизни	$\longleftrightarrow$ Максимальное изнеможение вплоть до ощущения приближающейся смерти
5. Связь и единение в эросе	$\longleftrightarrow$ Неожиданный разрыв связей и расставание

Эти противоположности столь тесно переплетены в половом акте, что феноменологически их частичные функции можно опознать только в результате разложения всего акта на полярности. Если же дополнение сплавленных в едином акте отдельных

* Freud, S.: *Jenseits des Lustprinzips*. Ges. Schr. Bd. VI, Int. Psa. Verlag, Leipzig/Wien/Zürich. S. 246

** Необходимо проверить, дает ли теперь, в период повсеместной инверсии, $S++$ -реакцию обычный человек.

факторов осуществляется не полностью или этого вообще не происходит, получается искаженная перверсивная картина в форме садизма, мазохизма или каких-либо других отклонений.

Таким образом, обязательное условие сексуального акта — *овладение объектом любви* — имеет свои корни в прирожденном садизме. Нет сомнений, что без мощного захвата и овладения партнером действительно невозможно осуществить половой акт в его физиологической форме. В первобытные времена садизм проявлялся в форме похищения женщин. Тогда фактор *z* выражался в своей первоначальной форме. Сегодня, хотя садизм и кажется не столь сильно проявляющимся, без него не обходится ни один половой акт. Чаще всего садизм проявляется «цивилизованно», только в виде прелюдии или сопровождающего элемента (покусывания, похлопывания и т. д.) полового акта. До этого момента не было никаких противоречий между судьбоанализом и теорией Фрейда.

Неприемлемо для нас во фрейдовской гипотезе утверждение о том, что *садизм якобы первоначально пребывает в сфере Я в качестве влечения к смерти, а уже из Я вытесняется в сексуальную функцию*, чтобы «показать либидинозным компонентам сексуального влечения правильный путь». Фрейд нуждается в использовании такой гипотезы по двум причинам:

- приравнивание влечения Я к влечениям смерти;
- его теория Я базируется исключительно на фундаменте известной теории либидо. Анализ Я у Фрейда начинает функционировать лишь после того, как Фрейд формирует идею нарцисстического «либидо Я».

Судьбоанализ разграничивает теорию либидо и теории Я. Он определяет пространство действия либидо одним фактором *h*. Сфера Я не является ни либидинозным резервуаром для эроса, ни «мортидозным» контейнером для влечения к смерти, область действия которого ограничена исключительно фактором *z*. В предыдущих разделах мы уже показали отношения эроса-танатоса к сфере Я. Мы сказали, что единение с партнером проявляется и в *сексуально-либидинозной* форме, и в форме *сопричастной, когда задействована сфера Я*; эти формы отнюдь не должны обязательно совпадать по времени; в действительности, чаще всего они проявляются раздельно. Говорилось еще и о том, что разрушение тоже наделяется двумя источниками и формами: садистической, танатоманной формой и кататониформной, негативистичной, обитающей в сфере Я. Первая по своей природе более «сексуальна», «либидинозна», а вторая в большей степени управляется сферой Я; каждая из этих форм может проявляться независимо от другой. Поэтому садизм, проявляющийся в сексуальном акте в виде овладения объектом любви, *не вытесняется сферой Я* в половой акт, как это принималось Фрейдом, так как садистическое овладение, агрессивный захват объекта является *изначальной, естественной сексуальной функцией фактора танатоса*, находящейся в самом сексуальном векторе, это не производный элемент влечения к смерти, якобы обязанный своим рождением сфере Я.

¹ Фрейд называл психическую энергию, находящуюся в распоряжении эроса или влечения к жизни, либидо, но не использовал какого-либо термина для деструктивной энергии, активизируемой инстинктом к смерти; Федерн дал деструктивной энергии название «мортидо» — *Примеч. пер.*

Такие представления базируются на широком фундаменте нашего октогонального учения о влечениях, которое и эрос, и танатос, так называемые влечения к любви и к смерти, относят к *одному и тому же вектору влечения, к вектору сексуальности*. Но вся жизнь влечений и сферы Я у человека, по нашим представлениям, является большим, чем только эросом и танатосом. Так как между жизнью и смертью простирается область эмоциональных проявлений, которая в качестве функции ценностной ориентации и в форме защитных механизмов определяет любой акт поведения, испытывающий на себе воздействие влечений, в соответствии с законами этичности-неэтичности, моральности-аморальности (вектор P), а далее обнаруживается бессознательная жизнь сферы Я с влечениями Я и инстинктивными функциями защиты (вектор Sch), а также *жизнь контактов*, которая базируется на *влечении к контактам* (вектор C), регулирующем *межличностные (социальные)* отношения персоны со своим окружением.

*

Однако сущность сексуального вектора далеко не исчерпывается чувственной, половой жизнью, а также гуманизацией эроса и танатоса.

К сущности вектора S относится и важная часть деятельности органов чувств, особенно *прикосновений, а также висцеральных и мышечных ощущений*. Для *восприятия окружающего мира* органы чувств имеют огромное значение, особенно это сказывается на выборе профессии.

Смещение $h:s$ -пропорций в векторе S в направлении фактора h позволяет увлеченно заниматься любой активностью и профессиональной деятельностью, в которых предоставляется возможность *соприкасаться* с телом другого человека (парикмахер, косметолог, дерматолог, гинеколог, специалист по лечебной гимнастике, специалист по уходу за руками и ступнями ног.) Смещение $h:s$ -пропорций в противоположном направлении, в направлении фактора s , побуждает человека заняться профессиональной деятельностью, в которой прежде всего никак не обойтись без тонко развитых мышечных ощущений, и прежде всего хорошо координированных движений, требующих огромных мышечных усилий (извозчик, укротитель хищников, ветеринар, мясник, хирург, стоматолог, каменотес, лесоруб, скульптор и т. д.) Не вызывает сомнений, что фактор s посредством связанности с мышечными ощущениями играет особую роль при «схватывании» и «восприятии» окружающего мира.

Также к сущности вектора S относится его участие в формировании характера, и именно в отношении «чувственный-мягкий-теплый» или «крепкий-жесткий-холодный», то есть в образовании «мажор-минорных» форм характера (см. об этом далее). Здесь $h:s$ -пропорции играют явно решающую роль.

$h:s$ -пропорции обуславливают также формы определенных криминальных действий. Вальдер первым создал вполне пригодную типологию правонарушений на основе нашего психологического теста⁴. Вальдер обнаружил неудовлетворенные h -потребности, накопившиеся в чрезмерном количестве ($+h$) у полиморфно-перверсивных преступников, совершивших сексуальные преступления, у убийц, совершивших

⁴ Walder, H.: Triebstruktur und Kriminalität. Huber, Bern u. Stuttgart, 1952.

преступления на почве полового извращения, у воров, у преступников с гомосексуализмом и педофилией, далее, у поджигателей и мошенников с сексуальными отклонениями. И наоборот, у грабителей, у бандитов, убивающих с целью ограбления, у взломщиков и громил, у воров, *готовых ради своих корыстных целей прибегнуть даже к насилию*, $h:s$ -пропорции смещаются в направлении гипертонусной $+ls$ -потребности, а у преступников с гомосексуализмом и педофилией — в направлении $-ls$.

*

Таким образом, для понимания роли сексуального вектора во всех областях существования человека нам прежде всего необходимо учитывать *пропорции между побуждениями эроса и танатоса*, психодиагностически это обнаруживается в $h:s$ -факторах в пространстве вектора S . Это делается не только ради диагностических преимуществ, которые дает клиническим психологам такой способ изложения, но и ввиду нашей неосведомленности о самом процессе, о том, каким образом эрос и танатос, любовь и ненависть, нежность и садизм вообще могут встречаться и взаимодействовать друг с другом. Фрейд открыто признается в этом: «То, каким образом влечения обоого рода соединяются, смешиваются, сплавляются друг с другом, до сих пор пока остается неясным; но то, что это постоянно и в огромном количестве случаев именно так и происходит, невозможно отрицать»¹. Пока мы еще не знаем, насколько было бы справедливо говорить о «*смешивании и разделении влечений*» — по аналогии с химическими процессами. Еще более неправомерно говорить о возможности «*смещения*» или «*смещения объекта оккупации*», избранного *одной и той же энергией влечения*, как и об «*отнятии*» энергии у эроса и «*переведении*» этой побуждающей силы к танатосному влечению.

Мы не думаем, что на самом деле эти процессы протекают настолько примитивно. Из-за того, что в настоящий момент мы ничего не знаем об этих запутанных процессах, мы временно должны ограничиться разговором о $h:s$ -пропорциях. Во всяком случае, эти пропорции мы можем уже сегодня реально обнаружить при помощи нашего психодиагностического метода. К сожалению, *только сами пропорции*, а не способы и приемы, посредством которых они появляются. Вместе с Фрейдом мы можем сказать, «что сублимация всегда осуществляется только при *посредничестве сферы Я*»². Но мы сильно сомневаемся в том, что энергия, направленная на сублимационную деятельность, может «*смещаться*» или «*использоваться*» как энергия чувственной сексуальности. В пространстве сексуального вектора действуют — как мы уже объясняли — *четыре* различных тенденции, две из которых ($+h$ и $+s$) обуславливают и питают зрелую чувственную сексуальность, а две другие, с двумя особыми побуждающими силами ($-h$ и $-s$) — процессы гуманизации. Несмотря на такие различия в понимании процессов сублимации, мы твердо придерживаемся фрейдовского утвер-

¹ Walder, H.: Die h-Bedürfnisse und ihre kriminogene Bedeutung. Szondiana II. Huber, Bern u. Stuttgart, 1955. S. 112-128. Ferner: Wurmser, L.: Raubmörder und Räuber. Kriminalistik, 1959. S. 107, 111, 126, 150, 202.

² Freud, S.: Das Ich und das Es. (Die beiden Triebarten.) Ges. Schr. Bd. VI. S. 385.

^{***} Ebenda: S. 390.

ждения: «То, что, казалось бы, принадлежит глубинам психической жизни отдельных людей, в результате образования идеалов становится самым высоким, великим для человеческой души, в смысле формирования высших ценностей»*.

Так как такое умение души переключать действующие побуждающие силы представляет собой главную деятельность *сферы Я*, на практике деятельность приверженцев судьбоанализа *после периода* анализа влечений обращается к анализу сферы Я. Но, конечно, такое изменение ориентации было еще до нас описано Анной Фрейд**.

*

Нашей первоочередной задачей было бы последовательное изложение всех возможных вариаций вектора S, представление каждой из них в их действительной сути, в виде особой судьбы влечения. Однако возникает проблема последовательности действий, имеющая несколько вариантов решения.

По прошествии определенного времени у нас сформировался один чрезвычайно полезный принцип, которым можно руководствоваться при функциональном распределении векторных картин, который мы теперь — в качестве важного принципа в технике истолкования — вначале объясним, а затем применим по отношению к вектору S.

I. Функциональное распределение векторных картин

Профиль переднего плана, теоретический, дополнительный профиль и профиль целостного влечения

Векторной картиной в нашей психодиагностике называется образ влечения, видимый на профиле влечения. В любой векторной картине отображаются реакции двух факторов в направлении симпатии и антипатии. Так как у одного фактора в тесте имеется *четыре* варианта разных реакций (0, ±, +, -) и один вектор образуется из двух факторов, в итоге мы получаем 16 (= 2⁴) различных вариаций для каждого вектора и 64 (4 × 16) вариации для всего профиля влечений.

В качестве гипотезы мы допускаем, что профиль эмбриона до рождения человека будет выглядеть следующим образом:

Векторы	S		P		Sch		C
Факторы	<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d m</i>
На переднем плане	0	0	0	0	0	0	0 0
На заднем плане	±	±	±	±	±	±	± ±

* Ebenda: S. 381.

** Freud, Anna: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Imago Pub. Co. Ltd, London, 1946. S. 8

До рождения — в соответствии с нашей гипотезой — все векторы влечения на переднем плане пусты (0 0), но на заднем плане находятся в состоянии готовности в каждом векторном пространстве по *четыре* стремления ($\pm \pm$) в качестве диспозиций теиенций — а именно для каждого фактора по одной позитивной и одной негативной теиенции, — чтобы после рождения в соответствии с законами развития выступить на передний план жизни влечений. Новорожденный ребенок чаще всего в первый раз «приветствует» мир криком и плачем. По-видимому, он находится в паническом состоянии страха, который из-за травмы рождения (по О. Ранку) можно назвать страхом рождения. Такое состояние психодиагностически мы можем изобразить векторной картиной паники: P^{+hy} . Чуть ли не сразу новорожденный начинает ртом и ручками искать грудь матери: $+d$ (тенденция поиска), а после того как его приложат к груди, он тотчас начинает сосать, прочно вцепляясь в материнскую грудь руками и ртом. Таким образом, здесь после теиенции поиска: $+d$ на передний план выступает пребывавшая ранее в латентном состоянии тенденция: $+m$.

Мы приводим эту объяснительную модель для того, чтобы посредством нее можно было легче в дальнейшем понять происходящий повседневный процесс, когда отдельные тенденции влечений в самых разных векторных пространствах стремятся с заднего плана проникнуть вперед, а удовлетворившись, опять отступить назад. Кроме того, эта модель предусматривает и то, что *отнодь не всегда отдельные векторы стоят на переднем плане при активации всех своих четырех тенденций ($\pm \pm$)*, что скорее всего вперед передвигаются только отдельные стремления, причем именно те, которые на данный момент одобряются или отвергаются сферой Я. Это правило можно перефразировать следующим образом:

- Из четырех тенденций какого-либо «целостного влечения» ($\pm \pm$) в одно и то же время довольно редко на передний план выдвигаются *все четыре* стремления; чаще всего мы не обнаруживаем или вообще *ни одного стремления*, или *одно-два*, реже *три*. Выдвинутые на передний план теиенции образуют векторную картину переднего плана, а все четыре вектора вместе образуют на переднем плане так называемый *профиль переднего плана* (ППП).
- Те из стремлений, которые актуально не передвигаются вперед, остаются на заднем плане в изменчивой жизни влечений, образуя «*теоретически ожидаемую и находящуюся сзади векторную картину*», а все четыре стремления вместе составляют так называемый «*теоретический комплементарный профиль*» (ТКП). Этот последний профиль, конечно же, находится во *взаимодополняющих* отношениях с профилем переднего плана (ППП), так как вместе они образуют профиль «целостного влечения». Это хорошо демонстрирует следующий пример:

Векторы	S		P		Sch	C
Факторы	<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i> <i>p</i>	<i>d</i> <i>m</i>
ППП — <i>профиль переднего плана</i>	—	0	+	—	$\pm$ 0	$\pm$ $\pm$
ТКП — <i>теоретический комплементарный профиль</i>	+	$\pm$	—	+	0 $\pm$	0 0
ЦП — <i>целостный профиль</i>	$\pm$ $\pm$		$\pm$ $\pm$		$\pm$ $\pm$	$\pm$ $\pm$

Таким образом, в ППП мы обнаруживаем:

Одну-единственную тенденцию в векторе S: $-h$.

Две тенденции в векторе P: $+e, -hy$.

Две тенденции в векторе Sch: $+k, -k$.

Четыре тенденции в векторе C: $+d, -d, +m, -m$.

В ТКП в векторе S находятся три тенденции: $+h, +s, -s$ и т. д.

Отсутствующие на переднем плане тенденции, естественно, должны на заднем плане ожидать своего счастливого часа для продвижения вперед. Так, например, мы видим на заднем фоне $\pm s, \pm p$. Потому и основная формула будет: ППП + ТКП = ЦП.

А это означает, что профиль переднего плана (ППП) и теоретический комплементарный профиль (ТКП) дополняют друг друга, образуя целостный профиль влечения (ЦП).

Так как эмпирически наиболее полезное распределение векторных картин базируется на различных видах деления целостного влечения ($\pm \pm$), то теперь нам необходимо это объяснить подробнее, и в качестве примера мы будем постоянно использовать вектор S.

II. Виды деления целостного влечения

Анализ векторной картины S

Мы приступаем к подробному рассмотрению возможных способов деления картины целостного влечения.

1. Одинарная тенденция: одно стремление выходит на передний план

Вариации	I	II	III	IV
	+ 0	0 +	- 0	0 -

Здесь четыре элементарные функции целостного влечения распределяются таким образом, что одно отдельное стремление, которое наделено динамической силой, устремляется на передний план, а три других, наоборот, удерживаются на заднем плане.

Такое неравномерное распределение можно представить следующими четырьмя вариациями влечений:

Вариации	I	II	III	IV
На переднем плане: S =	+ 0	0 +	- 0	0 -
На заднем плане: S =	- ±	± -	+ ±	± +
В итоге получаем картину целостного влечения	± ±	± ±	± ±	± ±

Четыре вариации в сексуальной сфере формируются следующим способом:

$$S_1 \begin{matrix} h & s \\ + & 0 \end{matrix}$$

Вариация I

Доминирование любви к конкретному человеку.

При избыточности: ненормальная, догенитальная сексуальность.

Итак, в сексуальной картине $S + 0$ на передний план выступает одно-единственное стремление, а именно стремление любить конкретный объект (+ h). Три других элементарных функции сексуальности — любовь ко всему человечеству (– h), агрессия (+ s) и пассивная покорность (– s), оказываются намного слабее стремления любить конкретный объект, вследствие такого неравновесия пробивная сила трех нулевых тенденций не позволяет им выйти за пределы заднего плана: $S - \pm$ будет сексуальной картиной в этом случае.

$$S_2 \begin{matrix} h & s \\ 0 & + \end{matrix}$$

Вариация II

Доминирование агрессии, садизма, активности с инфантильным способом удовлетворения любви.

При избыточности: садизм сексуального или иного рода.

На передний план выходит исключительно стремление к мужской активности, агрессии, желание овладеть партнером: + s . Остальные стремления: любовь к конкретному объекту (+ h), любовь ко всему человечеству (– h) и пассивная покорность (– s) удерживаются на заднем плане. Сексуальная картина заднего плана: $S \pm -$.

$$S_3 \begin{matrix} h & s \\ - & 0 \end{matrix}$$

Вариация III

Доминирование любви ко всему человечеству с постоянным (гуманным) удовлетворением активности.

При избыточности: подавление сексуальности (гомосексуальность?)

При таком способе деления целостного сексуального влечения на передний план выступает только *тенденция любви ко всему человечеству*: – h . Три других стремления, а именно любовь к конкретному объекту (+ h), тенденция к агрессии (+ s) и пассивная покорность (– s), остаются на заднем фоне. Потому мы наблюдаем на заднем плане следующую картину: $S \pm \pm$.

$$S_4 \begin{matrix} h & s \\ 0 & - \end{matrix}$$

Вариация IV

Доминирование покорности, пассивности, жертвования собой.

При избыточности: мазохизм сексуального или иного рода.

На передний план выступает только *стремление к пассивной покорности, смирению и мазохизму* (– s). Любовь к конкретному объекту (+ h), любовь ко всему человечеству (– h) и тенденция к агрессии (+ s) вытесняются на задний план. Итак, мы имеем следующую картину: $S \pm \pm$.

При этих четырех способах деления одно наиболее сильное стремление (+ или –), пребывающее на переднем плане, сражается против трех других стремлений, находящихся на заднем плане. Поэтому *диалектика влечений* раз-

гравитация между одним стремлением переднего плана и тремя стремлениями заднего плана.

Наиболее частым способом деления целостного влечения является следующий:

2. Двойная тенденция: два стремления одновременно выступают на передний план

Два функционально более сильных стремления выходят на передний план, а два других остаются на заднем фоне. Такой вид раздвоения целостного влечения ($\pm \pm$) имеет несколько способов деления. В соответствии с направлением деления мы называем способы деления целостной картины влечения: а) горизонтальным, б) вертикальным и с) диагональным.

а) Горизонтальное деление, сплавление и самоуправление противоположностей влечений

Вариация I	+	+	+ +
Вариация II	-	-	- -

Горизонтальное разделение противоположностей одного влечения означает следующее: среди четырех элементарных функций скрещиваются две тенденции, причем именно так, что всегда сплавляются два равнонаправленных стремления двух антагонистических потребности одного влечения. Более сильная пара тенденций пробивается на передний план, а более слабая остается на заднем плане. Но судьба двух сплывшихся тенденций как на переднем плане, так и на заднем остается одной и той же, поэтому здесь отмечается функциональное сплавление.

Любое сплавление означает самоуправление противоположных стремлений влечения, так как посредством сплавления одной тенденции с другой опасность влечений оказывается обезвреженной. Например, в сексуальной картине $S + +$ опасность агрессии ($+ s$) нейтрализуется сплавлением со стремлением к нежности ($+ h$).

$$S_5 \begin{matrix} h & s \\ + & + \end{matrix}$$

Вариация I

Нормальная сексуальность обычного человека независимо от пола. Любовь к конкретному человеку ($+ h$) сплавляется со стремлением овладеть объектом любви ($+ s$) и дополняется этим стремлением. Такая любовь готова проявиться в любое время. Любовь и агрессия управляют друг другом.

При избыточности: болезненно повышенная сексуальность, часто без всякой возможности разрядки.

Любовь к конкретному человеку ($+ h$) и активное овладение объектом любви ($+ s$) сплавляются в нормальную, всегда готовую проявиться сексуальность, характерную для обычного человека.

* Необходимо проверить, продолжает ли обиденный человек во времена повсеместной инверсии — как это происходит сегодня — давать реакцию $S + +$.

$$S_6 \begin{matrix} h & s \\ - & - \end{matrix}$$

Вариация II

Нормальная, сублимированная сексуальность. Готовность к проявлению в культурной области ($-h$) и в совершенствовании цивилизации (s). Сплавление любви ко всему человечеству ($-h$) с преданностью и жертвенностью ($-s$).

При избыточности: патологически подавленная сексуальность (латентная гомосексуальность или садизм?).

Любовь ко всему человечеству ($-h$) сплавляется с преданностью и готовностью принести себя в жертву.

Таким образом, в сплавленных векторных картинах противоположные тенденции полностью самоуправляются.

б) Вертикальное деление, изоляция, ананкастичное навязчивое деление

Вариация I	$\pm$	0	++ -- ↓
Вариация II	0	$\pm$	

Для вертикального деления характерно то, что оба противоположных стремления *одной и той же* потребности находятся или только на переднем, или только на заднем плане. При этом способе деления противоположностей влечений четыре элементарные тенденции делятся таким образом, что *две потребности, связанные друг с другом в векторном пространстве, полностью изолируются, отделяются друг от друга* посредством того, что одна из потребностей *обоими* своими стремлениями выступает на передний план, а другая, наоборот, *обоими* тенденциями остается на заднем плане. Так возникает *изоляция* двух биологически тесно взаимосвязанных друг с другом потребностей.

Этот способ деления обуславливает *ананкастические* проявления и является характерным для больных с *навязчивыми состояниями*.

В векторе S два вертикальных способа деления имеют следующее значение:

$$S_7 \begin{matrix} h & s \\ \pm & 0 \end{matrix}$$

Вариация I

Доминирует потребность эроса, сопровождающаяся сомнением ($\pm h$): кого собственно нужно любить - одного конкретного человека или все человечество? Чаше всего агрессия отсутствует, потому что она вытесняется, ($0s$).

Соответствующая персона готова проживать в сфере сексуальности только эрос в обоих его формах, то есть и в виде любви к конкретному человеку, и в виде любви ко всему человечеству ($\pm h$), отсюда и амбивалентность. Садомазохистические стремления остаются на заднем плане, поэтому на переднем плане $0s$.

$$S_8 \begin{matrix} h & s \\ 0 & \pm \end{matrix}$$

Вариация II

Полностью доминирует садомазохизм ($\pm s$), а эрос отсутствует; это происходит потому что эрос или вытесняется или попусту растрачивается в инфантильной форме ($0h$). Амбигенденции и амбивалентность в сфере садизма.

Людам с такой картиной сексуальности удастся в реальной жизни удовлетворить свои эротические тенденции, поэтому на переднем плане они отсутствуют (0 h). И наоборот, пребывающий на переднем плане садомазохизм пытается реализоваться в жизни ($\pm s$).

c) *Диагональное расщепление противоположностей*

Вариация I	+	-	
Вариация II	-	+	

Для диагонального способа расщепления определяющим является, во-первых, то обстоятельство, что от каждой потребности мы находим только по *одному* стремлению на переднем плане и только по *одному* стремлению на заднем плане, во-вторых, динамическая смена сотрудничающих тенденций всегда будет подразумевать возможность появления другой судьбы влечения, то есть или I + -, или II - +.

Вариация I

$$S_9 \begin{matrix} h & s \\ - & - \end{matrix}$$

Любовь к конкретному человеку (+ h) с пассивной готовностью ему отдалиться (- s). У мужчины: *инверсия цели влечения*. У женщины: чрезмерная пассивность в любви. Отсутствует активное разделение интересов партнера и любовь к человечеству (- h).

При избыточности: в + h — доминирование неудовлетворенной любви к конкретному человеку (гомосексуальность?), а в - s: доминирование мазохизма.

Перед нами сексуальная картина *мягкого, по-женски отдающемуся своему объекту человека*; одобрение любви к конкретному человеку (+ h) связывается с пассивностью и готовностью отдаваться. У мужчины этот тип деления называется *инверсией цели влечения*. У женщины отсутствует любой род проявления активности (+ s) в любви.

Вариация II

$$S_{10} \begin{matrix} h & s \\ - & - \end{matrix}$$

Садизм (+ s) с *подавлением эроса* (- h). Реже: проявление садизма в культурной деятельности или садогуманизм (тип Савонаролы).

При чрезмерном количестве: в + s: экстремальный садизм, а в - h: экстремальное подавление любви (гомосексуальность?).

Это картина садиста (+ s), у которого отсутствует любовь к конкретным людям (+ h), так как она или подавляется (- h), или сублимируется в форме *садогуманизма под видом агрессивной любви ко всему человечеству*. В определенных обстоятельствах наличие такой векторной картины S у женщин может свидетельствовать о сексуальной инверсии цели, то есть о склонности к лесбийской любви.

3. Тройная тенденция: три стремления одновременно пробиваются на передний план

При таком способе деления целостного влечения на заднем плане остается только одна тенденция, которая вынуждена на переднем плане дополняться картинной *тройной тенденции*. Возможные в данном случае четыре судьбы влечения будут следующими:

Вариации	I		II		III		IV		
Три стремления на переднем плане	-	±	±	-	+	±	±	+	Тройная тенденция
Одно стремление на заднем плане	+	0	0	+	-	0	0	-	Одинарная тенденция

Вариации тройной тенденции, появляющиеся на переднем плане в *сексуальном векторе*, означают следующие судьбы влечений:

$$S_{11} \begin{matrix} h & s \\ - & \pm \end{matrix}$$

Вариация I

- a) *садомазохизм* ($\pm s$) с подавлением эроса ($-h$) или с *любовью ко всему человечеству*;
 б) *агрессия* ($+s$) со стремлением к деятельности в культурной области ($+h$) или стремление улучшить цивилизацию ($-s$). Отсутствует любовь к конкретному человеку ($+h$).

- *Садомазохизм* ($\pm s$) присоединяется к любви ко *всему человечеству* или к подавленному эросу ($-h$).
- *Агрессия* ($+s$) присоединяется к стремлению к деятельности в культурной области или к стремлению улучшить цивилизацию ($S - -$).
- Фаза, предшествующая активной гуманизации ($S - 0$).
 Но в этих формах судьбы полностью отсутствует *любовь к конкретному человеку*, нет эротической связи с каким-либо одним определенным человеком. Поэтому такие судьбы влечений являются удивительно несчастными.

$$S_{12} \begin{matrix} h & s \\ \pm & - \end{matrix}$$

Вариация II

- a) *стремление к культурной деятельности или улучшению цивилизации* ($S - -$) с *любовью к конкретному человеку* ($+h$);
 б) *женское стремление отдаваться* ($S + -$) со *стремлением к культурной деятельности* ($-h$). Отсутствует активность ($+s$).

- Культурные тенденции ($S - -$) присоединяются к желанию любить конкретного человека ($+h$).
- *Мягкая, отдающаяся любовь к объекту* ($S + -$) присоединяется к стремлению заниматься культурной деятельностью ($-h$).
- Фаза, предшествующая мазохизму ($S 0 -$).
 В этих случаях полностью отсутствует активность, агрессия ($+s$), которая уходит на задний план. Поэтому эта судьба влечения чаще всего проявляется в форме *бездействия, атрофии активности*.

Вариация III

$$S_{13} \begin{matrix} h & s \\ \pm & + \end{matrix}$$

- а) нормальная, чувственная сексуальность ($S + +$) с пассивностью ($-s$);
 б) садомазохизм ($\pm s$) с любовью к конкретному человеку ($+h$) и отсутствием стремления к культурной деятельности.

- Хотя носитель такой судьбы влечения и склонен к *нормальной, слитой с чувственностью, сексуальности* ($S + +$), последняя, тем не менее, окрашена пассивностью и желанием покоряться ($-s$).
- *Садомазохистская связь* ($\pm s$) с пассивной любовью к конкретному человеку по женскому типу ($S + -$). Полностью отсутствует стремление к культурной деятельности ($-h$).
- Фаза, предшествующая доминированию любви к конкретному человеку ($S + 0$)

Вариация IV

$$S_{14} \begin{matrix} h & s \\ \pm & + \end{matrix}$$

- а) нормальная, чувственная сексуальность ($S + +$) со стремлением к культурной деятельности ($-h$);
 б) культурный садизм ($S - +$) с любовью к конкретному человеку ($+h$). Отсутствует стремление отдаваться ($-s$);
 в) бисексуальная эротика ($\pm h$) с агрессией ($+s$).

- Человек, склонный к *нормальной, чувственной, обыкновенной сексуальности* ($S + +$) обладает тенденцией к культурной деятельности и к любви ко всему человечеству ($-h$).
- «Садогуманист» ($S - +$), сохранивший стремление к любви к конкретному человеку ($+h$). Но ему не хватает способности отдаваться и покоряться ($-s$).
- Фаза, предшествующая доминированию садизма ($S 0 +$).

Эти четыре вариации тройной тенденции функционально близки бисексуальному целостному влечению: $S \pm \pm$. Три из присущих им судьбы влечения скрывают в себе опасность в результате поворота сцены, на которой разворачивается активность влечений, стать регрессивной одинарной тенденцией ($+0, 0+, 0-$). И только находящаяся на переднем плане судьба сексуального влечения ($S + \pm$) может в результате спонтанного развития или глубинно-психологического перевоспитания привести к судьбе *активного, гуманизированного человека* ($S - 0$).

4. Четверная тенденция; четыре стремления одновременно пробиваются на передний план

Объединение, интеграция или реинтеграция целостного влечения

Картина целостного влечения:

$$\begin{matrix} \pm & \pm \end{matrix}$$

Когда *четыре* элементарных стремления, составляющих одно влечение, одновременно выступают на передний план, тогда мы говорим об *интеграции* или *реинтеграции*.

Слово «интеграция» обозначает бессознательный процесс, в котором четыре элементарных функции одного влечения объединяются в целостное влечение.

О реинтеграции, возрождении единства мы говорим в том случае, когда неожиданно восстанавливается единство четырех базовых стремлений; этому предшествует или тотальная дезинтеграция (0 0), расщепление (+ — или — +), изоляция (± 0 или $0 \pm$), сплавление (+ + или — —) или «монархическое» выступление одной-единственной тенденции (0 +, + 0, — 0, 0 —).

При интеграции диалектически возможна только одна форма:

Стремления на переднем плане	$\pm \pm$
на заднем плане	$0 0$

Все возможные движения связанных друг с другом противоположностей поэтому разыгрываются только на переднем плане в рамках целостного влечения. О диалектике между передним и задним планом невозможно говорить в случае интеграции. Характерологическое и клиническое истолкование, да и само значение интеграции зависит от нескольких обстоятельств:

- 1) от векторной области, в которой проявляется интеграция;
- 2) от предшествующих картин влечения, за которыми последовала интеграция;
- 3) от возраста испытуемого.

Особое значение приобретает интеграция в качестве защитного механизма в области бессознательных функций Я ($Sch = \pm \pm$. См. главу 12, IV).

В определенных обстоятельствах интеграция может указывать на опасность влечения. Так в векторе S может обнаружиться бисексуальность (это возможно при ипохондрии, фобии, депрессии, эпилепсии), а в векторе C — тяжелые внутренние дилеммы в контактах (конфликты между желанием сохранить имеющиеся отношения и разорвать их или между доверием и недоверием), такое возможно при неврозе навязчивости, истерии, депрессии и паранойдной шизофрении. Интеграция в области пароксизмального влечения обнаруживает себя в существовании морально-этических дилемм, например, у невротиков, страдающих от фобий, у больных с навязчивыми состояниями и т. д.

Нет ничего удивительного в том, что в качестве целостной картины интеграция является одной из редчайших картин влечений даже у людей со здоровыми влечениями. В истории развития мы чаще всего находим интеграцию в начале и в конце жизни, и прежде всего в векторах S, P и C. Особое значение интеграция принимает в векторе Я (Sch); относительный максимум по ее частоте мы обнаруживаем в подростковом пубертатном периоде (13–16 лет). Здесь интеграция означает мобилизацию всевозможных бессознательных функций защиты от приносящих опасности проявлений влечений на краю инстинктивной жизни, то есть от сексуальных и межличностных («контактных») опасностей. Психопатологически одну из ведущих ролей интеграция (особенно в «середине» профиля) играет при фобии, ипохондрии и истерии страха.

В этом разделе книги нас пока интересует только целостная картина в пространстве сексуального вектора:

$$S_{15} \begin{matrix} h & s \\ \pm & \pm \end{matrix}$$

- Перед нами латентная, находящаяся при рождении на заднем плане, связка всех четырех сексуальных тенденций, то есть *врожденная гермафродитная* predisposition человека ($S + -$; женская, $S - +$; мужская сексуальность).
- У взрослых людей эта картина указывает на *бисексуальность*.
- Обе противоположные склонности, как к чувственной сексуальности, так и к гуманизации, одновременно выступают на передний план. Предрасположенность как к чувственной сексуальности ($S + +$), так и к гуманизации ($S - -$).

5. Нулевая тенденция

*Ни одной тенденции на переднем плане.
Расформирование, дезинтеграция влечения.
Передний план: 0 0*

на переднем плане
на заднем плане

0 0
 $\pm \pm$

В глубинной психологии *дезинтеграцией* называется процесс, при котором картина целостного влечения целиком оттесняется с переднего на задний план. Поэтому влечение на переднем плане временно или постоянно демонстрирует *расформирование* целостного образа, что проявляется в форме 0 0. На заднем плане, наоборот, полностью расформированное влечение переднего плана собирается вновь из своих элементарных функций: $\pm \pm$.

Таким образом, *расформирование картины целостного влечения на переднем плане идет параллельно с восстановлением (реинтеграцией) влечения на заднем плане*. Поэтому и в случае дезинтеграции — подобно тому, как это было с интеграцией — мы не можем говорить о действительной диалектике между передним и задним планом, так как все возможные противоположности движутся только на одном (в данном случае — заднем) плане.

Диалектика между передним и задним планом проявляется только в том, что вращающаяся сцена может при случае развернуться на 180 градусов, и на месте дезинтеграции неожиданно появится интеграция, и наоборот.

Истолкование и значение дезинтеграции влечения, как и в случае интеграции, зависит от векторной области, возраста испытуемого и от предшествующих картин влечения (см. проявление нулевых реакций).

В сексуальном пространстве эта судьба влечений будет иметь следующий вид:

$$S_{16} \begin{matrix} h & s \\ 0 & 0 \end{matrix}$$

- Стадия, наступающая после полного удовлетворения обоих сексуальных тенденций.
- Добровольное сексуальное воздержание.
- Периодическая фригидность.
- Конституциональная слабость сексуального влечения (редко).

*

Таким образом, мы одновременно выполнили две задачи:

- 1) предоставили читателю обобщенную схему функционального распределения 16 векторных картин на основе типа деления целостного влечения (см. таблицу 4);
- 2) опираясь на эту схему, мы изложили суть 16 функционально распределенных векторных картин сексуальности и их клиническое значение (см. таблицу 5). *Но почему вынуждено делиться целостное влечение?*

III. Обоснование неизбежности деления целостного влечения

В соответствии с теорией противоположностей (генетическая теория) влечений, каждый человек рождается с четырьмя тенденциями в каждом целостном влечении, хотя эти элементарные тенденции и обуславливают противоположные функции влечения.

Задача каждого индивида заключается в том, чтобы каким-либо образом преодолеть противоположность тенденций влечений.

Наилучшим способом разрешения теоретически была бы интеграция противоположных четырех тенденций в одно целостное влечение. Однако большинству людей это не удается. Интеграция сама по себе желательна только в «середине» жизни влечений (в векторах *P* и *Sch*). Человек вынужден делить целостное влечение в каком-либо направлении (горизонтально, вертикально, диагонально или несимметричным путем в форме одинарной или тройной тенденций). Но вопрос о причине этих явлений остается открытым.

1. Первая гипотеза: искусственность нашего экспериментального метода приводит к вынужденному делению

В соответствии с таким взглядом вместо деления целостной картины влечения происходит только кажущееся деление в ситуации эксперимента. Сторонники этой гипотезы выдвигают следующие аргументы: редукция целостной картины влечения является техническим следствием структуры и метода нашего теста. Так как испытуемый из 48 тестовых карточек может выбрать *только* двенадцать в качестве приятных (наиболее симпатичных) и двенадцать в качестве неприятных (наиболее антипатичных), то даже арифметически оказывается невозможным показать во всех четырех векторах картину целостного влечения $\pm \pm$. Для получения *только одной* $\pm$ -реакции на один фактор влечения требуется, как минимум, четыре карточки соответствующей

Таблица 4. Общая схема функционального распределения векторных картин

Вариации $\longrightarrow$	I	II	III	IV
На переднем плане $\downarrow$				
1. Одно стремление = <i>одинарная тенденция</i> Номер векторной картины	+ 0 (1)	0 + (2)	- 0 (3)	0 - (4)
2. Два стремления = <i>двойная тенденция</i>				
а) Горизонтальное деление. Сплавление	+ + (5)	- - (6)		
б) Вертикальное, навязчивое деление	$\pm$ 0 (7)	0 $\pm$ (8)		
с) Диагональное деление. Расщепление	+ (9)	- + (10)		
3. Три стремления = <i>тройная тенденция</i>	- $\pm$ (11)	$\pm$ - (12)	+ $\pm$ (13)	$\pm$ + (14)
4. Четыре стремления = <i>квадратичная тенденция</i>	$\pm$ $\pm$ (15)			
5. Ни одного стремления = <i>нулевая тенденция</i>	0 0 (16)			

категории тестовых карточек. А так как в системе влечений фигурируют восемь факторов, мы, как минимум, нуждаемся в 32 (4 x 8) карточках, чтобы в итоге получилась целостная картина:

S	P	Sch	C
$\pm$ $\pm$	$\pm$ $\pm$	$\pm$ $\pm$	$\pm$ $\pm$

Эксперимент по диагностике влечений допускает выбрать только 24 карточки. Следовательно, картину целостного влечения $\pm \pm$ самое большее мы можем обнаружить лишь в трех векторах (3 x 8 = 24), зато четвертое векторное пространство обязательно будет *пустым* (0 0). Такого рода аргументация опровергается особым исследованием, которое мой сотрудник Ульрих Мозер (Цюрих) провел со здоровыми людьми. Семнадцати испытуемым были одновременно предъявлены все 48 тестовых карточек (в обычном эксперименте мы предъявляем их по очереди в шести сериях); испытуемых просили внимательно рассмотреть *сразу* все карточки и *каждую из них оценить с позиции +, -, или безразличной*. В результате оказалось, что:

- никак не сказывалась искусственность структурирования выборов, так как испытуемый мог выбрать любое количество карточек в качестве приятных (+), неприятных (-) или не вызывающих никакого интереса;

- не нужно было сравнивать карточки, оказавшиеся в одной категории (симпатии, антипатии, безразличия).

С этими же испытуемыми были проведены по два эксперимента на основе прежних правил выбора карточек, то есть в условиях искусственного навязывания выборов.

Оказалось, что среднее количество позитивно и негативно выбираемых карточек при не навязанном эксперименте было почти таким же, как и при ограниченном 24 выборами стандартном эксперименте с «навязанными выборами», то есть в обоих случаях по 12.

Вид эксперимента →	Произвольный выбор	Стандартный эксперимент, ограниченный выбором 24 карточек
Направление выборов ↓		
+	11,95	12
-	12,32	12
Всего:	24,27	24

Результаты сравнения этих двух различных видов эксперимента ясно говорят против того, что на выборы испытуемых каким-либо образом влияют ограничения в выборе карточек. Частота + и - реакций оказалось почти одной и той же и при проведении нормального эксперимента, ограниченного 24 карточками, и при ни чем не ограниченном выборе среди всех 48 карточек.

Исследования, проведенные У. Мозером, полностью согласуются с нашими прежними исследованиями и полностью опровергают гипотезу о том, что целостное влечение вынуждено делиться только в результате навязанного испытуемому ограничения в выборе карточек.

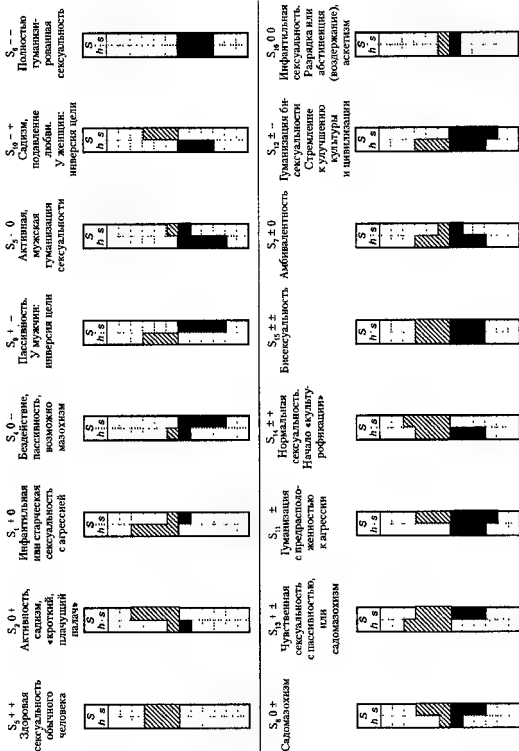
Таким образом, редукция целостного влечения не является искусственным делением.

Здесь мы должны обратить внимание читателя на существующее у многих критиков совершенно ложное представление о том, что нормальный тестовый профиль здорового в своих влечениях человека должен во всех векторах состоять из $\pm$ -реакций. Хотя наше учение о влечениях и содержит утверждение, что предпосылка к повсеместному $\pm$ -профилю влечений наследственно заложена в каждом человеке, у людей все же отсутствует способность к интеграции всех противоположностей влечений одновременно во всех областях влечений, точно также как человеку невозможно одновременно реализовать все свои врожденные задатки. Часть врожденных задатков должна постоянно оставаться в латентном состоянии.

2. Вторая гипотеза: наследственно обусловленное отсутствие некоторых тенденций влечений у больных влечениями.

С точки зрения генетики можно предположить и возможность врожденного отсутствия у определенных индивидов каких-либо стремлений, то есть, возможно, не у каждого индивида мы будем обнаруживать унаследованные им четыре элементарные функции четырех основных влечений. В соответствии с такой теорией необходимо было бы допустить, что, например, индивиды с наследственной предрасположенностью к шизофрении генетически носят в себе только половинную форму

Рис. 10. Вариация сексуальных картин в векторе S (на рис. 10 13 не учитываются сверхдавление тенденций)



влечения $+$ $-$, а противоположная половинна влечения с формулой $- +$ у них совершенно отсутствует.

Но против такой заманчивой гипотезы говорят следующие три факта:

- *больные до шизофренического обострения давали иную картину влечения, нежели в острой психотической фазе* (см. таблицу напряженности тенденций к случаю 17);
- *если часто тестировать больного с манифестной шизофренией, можно обнаружить зеркальные обращения картины влечения* (по Сюзан Дери^{*}); например, один и тот же больной один раз может дать Я-картину $Sch = + -$, а уже в следующем эксперименте мы неожиданно обнаруживаем в том же самом векторе ранее полностью отсутствующую дополняющую картину $Sch = - +$;
- *воздействия шока, при котором мы тоже обнаруживали сходные искусственные обращения отдельных картин влечений, также свидетельствуют против гипотезы, что отсутствующие в профиле стремления влечений генетически должны отсутствовать в структуре влечений испытуемого* (см. рисунок 32).

Таким образом, на основе проведенных экспериментов мы должны принять следующую гипотезу: *каждый человек рождается со всеми влечениями в их целостной форме. Все влечения с самого начала наделяются четырьмя элементарными стремлениями. И только с течением времени целостные влечения будут расщепляться или делиться.*

3. *Нам приходится согласиться с тем, что деление целостного влечения обуславливается врожденным и актуальным различием витальных энергий четырех элементарных стремлений. Вследствие различной силы элементарных тенденций определенные тенденции, именно те из них, которые наследственно или актуально являются более сильными, выступают на передний план жизни влечений; более слабые, наоборот, вытесняются на задний план более сильными стремлениями. Различие витальных сил стремлений приводит к расщеплению или делению целостного влечения на две части — на редуцированную картину влечения переднего плана и картину влечения заднего плана. Как известно, более сильные стремления, которые фигурируют на переднем плане картины влечения, мы называем *передними или главными стремлениями* какого-либо влечения. Сумма этих главных стремлений формирует картину влечения «проводника». Вытесненные на задний план и парализованные в своих проявлениях стремления мы называем — как мы уже объясняли — *задними стремлениями*, а сумма этих задних тенденций обуславливает конституцию влечений «следохода». В соответствии с таким пониманием редукция элементарных функций целостного влечения на переднем плане является не действительной редукцией, а следствием деления или расщепления целостного влечения в результате различия глубины воздействия составляющих его тенденций». Обе части влечения всегда существуют, только одна*

* Deri S.: Introduction to the Szondi Test Grune & Stratton, New York, 1949 P. 330-31, 332 («Mirror Changes»).

** Szondi, L.: Neuorientierungen in der Frage der Ich-Spaltungen. Medizinische Klinik, 59 Jahrgang, Nr. 48, 1964.

Таблица 5. Сущность 16 векторных картин сексуального влечения

Вариации —→ На переднем плане ↓	$S_1 + 0$	$S_2 0 +$	$S_3 - 0$	$S_4 0 -$
1. Одно стремление: одинарная тенденция	Доминирование любви к конкретному человеку с инфантильным удовлетворением агрессии или без агрессии. При избыточности: ненормальные, догенитальные сексуальные тенденции	Доминирование агрессии, садизма, активности с инфантильным удовлетворением любви. При избыточности: садизм сексуального или иного рода.	Доминирование любви ко всему человечеству с постоянным удовлетворением активности. При избыточности: подавление сексуальности (гомосексуальность?)	Доминирование покорности, пассивности, жертвенности. При избыточности: мазохизм сексуального или иного рода.
2. Два стремления. двойная тенденция а) горизонтальное дальнее	$S_5 + +$		$S_6 - -$	
	Нормальная сексуальность обычного человека. Любовь к конкретному человеку (+ h) сплавляется и дополняется стремлением овладеть объектом любви (+ s), она всегда готова проявиться. Любовь и агрессия управляют друг другом. При избыточности: болезненно повышенная сексуальность, часто без всякой возможности для разрядки.		Нормальная, сублимированная сексуальность, готовность к проявлению культурной деятельности (- h) и улучшению цивилизации (- s). Сплавление любви ко всему человечеству (- h) с преданностью и жертвенностью (- s). При избыточности: болезненно подавленная сексуальность (латентная гомосексуальность или садизм?).	
b) вертикальное навязчивое деление	$S_7 \pm 0$		$S_8 0 \pm$	
	Доминирует потребность эроса, сопровождающаяся сомнением ($\pm h$): кого собственно нужно любить, одного конкретного человека или все человечество? Чаще всего агрессия отсутствует потому, что вытесняется (0s).		Полностью доминирует садомазохизм ($\pm s$), а эрос отсутствует, последнее происходит или потому, что эрос вытесняется, или потому, что он попусту растрачивается в инфантильной форме (0 h). Амбивалентности и амбивалентность в пункте садизма.	
с) диагональное деление рассечение	$S_9 \pm 0$		$S_{10} 0 \pm$	
	Любовь к конкретному человеку (+ h) с пассивной готовностью отдаваться ему (- s). У мужчины: инверсия цели влечения. У женщины: чрезмерная пассивность в любви. Отсутствует активное (+ s) разделение интересов партнере. При избыточности: в + h доминирование неудовлетворенной любви к конкретному человеку (гомосексуальность?), а в - s доминирование мазохизма.		Садизм (+ s) с подавлением эроса (- h). Реже: проявление садизма в культурной деятельности или садогуманизм (тип Савонаролы). При избыточности: в + s: экстремальный садизм; в - h: экстремальное подавление любви (гомосексуальность у женщины?).	

Таблица 5. (Окончание)

Вариации → На переднем плане ↓	$S_{11} - \pm$	$S_{12} \pm -$	$S_{13} + \pm$	$S_{14} \pm +$
3. Три стремления; тройная тенденция	а) садомазохизм ($\pm s$) с подавлением эроса ($-h$) или с любовью ко всему человечеству; б) агрессия ($+s$) со стремлением к занятию культурной деятельностью ($+h$) или стремление улучшать цивилизацию ($-s$). Отсутствует любовь к конкретному человеку ($+h$)	а) стремление к культурной деятельности или улучшению цивилизации ($S - -$) с любовью к конкретному человеку ($+h$); б) женское стремление отдаваться ($S + -$) со стремлением к культурной деятельности ($-h$). Отсутствует активность ($+s$)	а) нормальная, чувственная сексуальность ($S + +$) с пассивностью ($-s$); б) садомазохизм ($\pm s$) с любовью к конкретному человеку ($+h$) без стремления к культурной деятельности	а) нормальная, чувственная сексуальность ($S + +$) со стремлением к культурной деятельности ($-h$); б) культурный садизм ($S - +$) с любовью к конкретному человеку ($+h$). Отсутствует стремление к покорности и жертвенности ($-s$)
	$S_{15} \pm \pm$			
4. Четыре стремления; квадратичная тенденция	а) Филогенетически и онтогенетически гермафродитизм, целостное влечение сексуальности, которое во время рождения полностью остается на заднем плане в качестве предрасположенности ко всем четырем сексуальным тенденциям; б) бисексуальность ($S + -$: женская, $S - +$: мужская); с) предрасположенность как к чувственной сексуальности ($S + +$), так и к гуманизации ($S - -$);			
	$S_{16} 0 0$			
5. Ни одного стремления; Нулевая тенденция	а) стадия, наступающая после полного удовлетворения обоих сексуальных тенденций; б) добровольное сексуальное воздержание, аскетизм; с) периодическая фригидность; д) конституциональная слабость сексуального влечения.			

часть выступает на передний план, а другая остается на заднем плане. Но и та, и другая функционально всегда присутствуют, отличаясь лишь по глубине воздействия, из-за этого их тип влияния и проявления различаются.

4. Способ деления целостного влечения зависит и от установки Я по отношению к соответствующим тенденциям.

РАЗДЕЛ IV

КАИН И АВЕЛЬ

Пароксизмальное влечение. Вектор Р

Инстинктивный фундамент этично-морального поведения

Клиническое явление или инстинктивное действие называется *пароксизмальным*, когда оно проявляет себя *приступами*, пароксизмами. В медицине пароксизмом называют *приступообразное проявление* симптомов болезни, вплоть до их максимального обострения. В качестве примеров можно назвать приступы лихорадки, эпилепсии, истерии, тахикардии.

Греческий глагол пар-οἶνω имеет несколько значений: 1) *обострять, побуждать к чему-либо*; 2) *выводить из себя, раздражать, ожесточать, озлоблять*; 3) Гиппократ использует это слово для того, чтобы показать, что болезнь *принимает более тяжелый характер* и ко всему прочему отягощается воспалением. В этом смысле слово пар-οἶνω обозначает *побуждение, стимулирование, ожесточение, озлобление*, а также тот отрезок времени, когда болезнь достигает своего пика.

В судьбоанализе наряду с сексуальными влечениями и эго-влечениями, традиционными для психоанализа, существует и влечение к «пароксизмам» или «поражению врага». Мы должны вкратце обосновать причину нашего принятия этого нового, хотя на самом деле давно существующего влечения в наше учение о влечениях. Мы уже говорили о том, что влечение — в качестве вектора влечения — является скрещиванием двух потребностей (факторов влечения), преследующих одну и ту же общую биопсихологическую цель.

Общей целью факторов пароксизмального влечения является поражение врага. Живое существо совершает действия, можно даже сказать, целую цепочку связанных друг с другом движений, чтобы *в результате сделать врага безобидным, парализовать его, спасаясь таким образом от опасностей внешней ситуации.*

Влечение к пароксизмам и поражению вместе с двумя факторами (ε и ηυ) обуславливает целую цепь действий для *защиты от внешних опасностей.* Эти механизмы защиты базируются на первобытных биологических механизмах защиты от опасностей, которые проявляются в животном царстве в трех формах: 1) *попытка притвориться мертвым*, 2) *шквал движений* (включая сюда и «опрыскивание», скажем, мочой), 3) *изменение окраски* (мимикрия) — приобретение защитной, маскирующей окраски*.

* Kretschmer, E.: Über Hysterie. Thieme, Leipzig. 1923. S. 7 ff.

Три этих вида импульсивно-биологических защитных действий отличаются архаичностью своей природы. Человек все еще в них нуждается, и не только для защиты от внешних, но и от *внутренних опасностей*, приводящих к переживанию неприятных, «опасных» эмоций. Человек даже способен, шокируя окружающих, «притвориться трупом», а при случае упасть в обморок, чаще всего для того, чтобы лишить себя возможности убить врага (эпилепсия). Человек может театрально и нейстово размахивать руками и ногами (истерия, истероэпилепсия) или защищаться от более сильного противника, бледнея, как мел, или жутко краснея.

Особым энергетическим источником, от которого питается пароксизмальное влечение, являются *силы аффектов*. Мы должны еще раз подчеркнуть, что сами по себе аффекты никогда не способны функционировать в качестве влечений, для совершения инстинктивных действий использоваться может только энергия аффектов. Влечение к поражению противника (*P*) питается силами грубых и тонких аффектов, которые оно накапливает в себе, чтобы потом неожиданно и взрывчато разряжать в форме *инстинктивных эмоциональных проявлений*.

Пароксизмальное влечение состоит из следующих элементов:

- *эпилептиформный фактор «е»*, который, с одной стороны, накапливает и посредством *припадков* разряжает грубую энергию аффектов (это *социально-негативная* тенденция — *е*); с другой стороны, обуславливает *социально-положительные* способы поведения, приводящие к справедливости, доброты, стремлению искупить свою вину; это тенденция *+ е*;
- *истериформный фактор «hy»*, накапливающий более *мягкие* аффекты; это удается посредством тенденции — *hy*, обуславливающей формирование моральных барьеров в виде стыда; с другой стороны, эти же аффекты будут проявляться в виде тенденции *+ hy*, определяющей *желание проявить свое тщеславие*.

Таким образом, «строительным материалом» пароксизмального влечения являются два фактора влечения *е* и *hy* и четыре стремления влечения: — *е*, *+ е*, — *hy*, *+ hy*.

Общей задачей обоих факторов является защита персоны от внешних и внутренних опасностей (например, от убийства врага) посредством специфических реакций (представление себя трупом, шквал движений, смена окраски и т. д.).

Далее мы обсудим факторы *е* и *hy*, а затем поговорим о сущности пароксизмального фактора *P* со всеми его 16 возможностями судьбы.

ГЛАВА 7

СУЩНОСТЬ И ПСИХОЛОГИЯ ЭТИЧЕСКОГО ФАКТОРА *е*

По своей сути фактор *е* обуславливает как грубо аффективные действия Зла, преобладающие у человека, называющегося *Каином*, так и все этические действия Добра, Справедливости, присущие человеку, носящему имя *Моисей*, — тому, кто при-

нес народу запрет на убийство и заповедь творить Добро. Моисей — это «авелизирванный Каин».

Фактор влечений, который может наделить человека безумной яростью и ненавистью, гневом и мстительностью, ревностью и завистью, превращая его в убийцу из-за того, что он оказывается во власти грубых аффектов, фактор, побуждающий человека накапливать в себе эмоции вплоть до их страшного взрыва, когда они неожиданно и грубо разряжаются на окружающих людей, пугая и *поражая их*; фактор, заставляющий человека накладывать удушающую руку «Каина» — вместо того, чтобы совершить убийство брата — на *свои собственные* сосуды мозга, сердца и конечностей, превращая себя в «*припадочного*» больного, в homo raqoxysmalis, который вместо того, чтобы избить до синяков врага, сам покрывается пятнами и сыпью; фактор, парализующий язык человека вплоть до того, что из-за его заикания становится трудно что-либо разобрать в его запинаящейся речи, пробуждение ужаснейших страхов и ночью, и днем, — этот наводящий ужас фактор и является фактором *е*.

С другой стороны, тот же самый фактор *е* является инстанцией, пробуждающей в людях совесть и накладывающей запрет на проявление нетерпимости и на убийство, заповедующей вести себя порядочно («этично»), побуждающей человека по имени «Каин», прописавшегося в нас навечно, к терпению и справедливости, к кротости, благотворительности и благочестию, именно этот фактор способен излечивать больных и создавать религии.

Нет ничего в проявлениях зла и добра, в бессовестности и совестливости, в действиях, совершаемых с нетерпеливостью и терпением, в беззаконии и в установлении законов, в переполненности аффектами и в свободе от кипения и от вспышек любых грубых эмоций, в нанесении и излечении ран без влияния фактора *е*. Эпилептиформный фактор *е* способен создавать как человека с именем «Каин», так и человека с именем «Моисей», наделяющего людей справедливым сводом законов.

*

Слово «эпилепсия» происходит от греческого глагола ἐπι-λαμβάνω и наряду с другими имеет следующие значения: 1. *враждебно напасть* на что-либо; 2. *поразить* врага; 3. *парализовать, сдерживать*; 4. в пассивной форме: быть захваченным болезнью, *подвергнуться нападению*, оказаться парализованным. Таким образом, это древнее слово ἐπι-λαμβάνω наделено двумя *противоположными значениями*. С одной стороны, оно означает *нападение и поражение врага*, а с другой — *сдерживание и подавление любого рода враждебности*. Наше сегодняшнее понимание сути фактора *е* полностью соответствует этому двойному смыслу древнегреческого слова, первой буквой которого мы обозначаем этот фактор.

Как и другие факторы влечений, фактор *е* состоит из двух противоположных пратенденций, образуя двойственный и противоположный смысл: $\pm e$.

Это позволяет говорить о том, что человек приходит в мир с *двойственной этической натурой*. В соответствии со своими задатками человек может выбирать

* Freud S. Über den Gegensinn der Urworte. Ges. Schr. Bd X. S. 221.

и творить как добро, так и зло. Из таких первичных амбитенденций одни люди дифференцируются — причем всегда это происходит посредством особой установки Я — скорее в направлении зла: — e ; другие, наоборот, — больше в направлении добра: + e . Эти две полярно противоположные, экстремальные формы существования в пространстве фактора e символизируются судьбой человека по имени «Кайн» и судьбой человека по имени «Моисей».

Теперь мы рассмотрим сущность четырех возможных реакций фактора e .

1. Анализ нулевых реакций e

0 e

1. Нулевые реакции обозначают эмоциональное затишье в душе, бездействие в проявлениях эмоций на переднем плане после недавно происшедшего пароксизмального приступа; например, ощущение пустоты в душе после внезапного приступа гнева, после мощного взрыва ярости, ненависти, мести, зависти или ревности; гораздо реже реакция 0 e будет означать состояние покоя после эпилептиформных, мигренеподобных, вазоневротических, аллергических или иного рода припадков.
2. Реакция 0 e может появиться и после социально одобряемой разрядки аффекта, например, после справедливых, добрых, кротких поступков, после исповеди и моления, после пережитого религиозного экстаза и т. д.
3. В определенных обстоятельствах это может говорить и об эпизодических разрядах хронической *этической амбивалентности* ($\pm e$), когда персона сомневается в том, что ей лучше сделать: добро (+ e) или зло (— e). Однако сомнения мучительны, и человек решается совершить какое-либо аффективное действие.
4. Почти никогда не наблюдается конституциональной слабости в факторе e .

*

Как и при истолковании других нулевых реакций, *актуальное* значение реакции 0 e прежде всего будет зависеть от соответствующего состояния фактора-партнера hy . Здесь мы только приведем несколько примеров, так как при изложении сути реакций фактора P мы более подробно поговорим о реакциях 0 e .

- а) 0 e -реакция при + hy означает уменьшение влияния любого рода правил этического поведения, так как доминирует одинарная функция тщеславия ($P0+$, эксгибиционизм в какой-либо области).
- б) В отличие от предшествующей картины, реакция 0 e при — hy указывает на чрезмерную тенденцию к страху особых (сензитивных) отношений; тогда довольно часто происходит разрядка грубых аффектов ($P0-$) из-за сомнений в том, стоит ли вести себя «по совести».

- с) В соотношении с $\pm hu$ реакция $0 e$ означает разрядку грубых аффектов посредством постоянного ворчания и вечных жалоб ($P 0 \pm$), причем жалующейся персоне прекрасно удастся удовлетворить свои грубые аффекты ярости, ненависти, ревности или зависти, отыгрываясь на партнере.
- д) Если у персоны одновременно с разрядкой грубых аффектов получается разрядить и утонченные, истеричные эмоции ($P 0 0$), то наблюдается тотальная разрядка аффектов, персона наслаждается пребыванием в состоянии покоя, вызванным затишьем в эмоциях. Обычно истеричные люди пребывают в таком состоянии после припадка.

II. Анализ позитивных реакций e

$+ e$

а) При избыточности: $+! e, +!! e, +!!! e$

Необычайно редко встречающаяся реакция, которая чаще всего указывает на ненормально завышенную совестливость и почти всегда на болезненные *муки и угрызения совести*, а кроме того, на наличие невротического *желания загладить* предполагаемую вину.

Избыточность совести, справедливости, кротости или религиозных переживаний могут невротизировать человека, а недостаточность этих ресурсов может привести к антисоциальным поступкам. Повышенная совестливость будет характерна для гипертоническо-позитивных реакций e в любом из четырех возможных положений фактора hu ($P +! 0, +! +, +! -, +! \pm$).

б) обычные позитивные реакции e

В самом общем смысле такая реакция означает готовность соблюдать по отношению к окружающим людям обычные этические нормы, заключающиеся в справедливости, терпимости, доброте и совестливости. Такая реакция говорит о мягком, хрупком, женственном характере. Значение ее всегда будет зависеть от положения фактора-партнера hu .

- а) $+ e$ при $0 hu$ ($P + 0$) указывает на относительное доминирование совестливости и является верным психодиагностическим признаком *фобии*, при которой человек знает, из-за чего он конкретно мучается и тревожится. Здесь тоже нужно учитывать принцип относительности истолкования; так в данном случае сама по себе обычная реакция совести ($+ e$) в результате своего унифункционального доминирования ($P + 0$) способна вызвать патологическое состояние.
- б) Состыковка $+ e$ -тенденции с $+ hu$ тоже изменяет приписываемое реакции $+ e$ нормальное значение, так как в этом случае персона пытается показать присущую ей доброту, совестливость и справедливость всем окружающим людям ($+ hu$), а в результате неизбежно наступает переполненность аффектами любого рода. ($P + +$).

- с) Если реакция $+e$ появляется совместно со стыдливостью ($-hy$), то она сохраняет свое обычное этическое значение. Векторная картина $P + -$ характеристика для добродушного, кроткого «Авеля».
- д) Связь реакции $+e$ с $\pm hy$ ($P + \pm$) является той вариацией «Авеля», когда персона пытается каким-нибудь образом продемонстрировать перед окружающими свою доброту.

III. Анализ негативных реакций e

$$-e$$

а) При избыточности: $-!e, -!!e, -!!!e$

Гипертонусная негативная реакция e всегда свидетельствует о чрезвычайно опасном накоплении грубых аффектов. Взрыв может наступить внезапно, например, в виде чреватого тяжелыми последствиями аффективного поступка или в виде припадка. Иногда удастся заметить специфические предвестники в виде пароксизмально увеличивающегося беспокойства или в превращении человека без всяких причин в разъяренного «быка» с пристально уставившимися, метаящими молнии, глазами, но предотвратить взрыв уже невозможно. Взрыв аффектов поражает окружающих людей столь же неожиданно, насколько внезапны раскаты грома на безоблачном небе. Часто достаточно небольшой дозы алкоголя или непродуманного слова, и преступление, спровоцированное сильными аффектами, уже свершилось. Естественно, что в подобных случаях клинический психолог не должен забывать и о возможности приближающегося эпилептиформного приступа или какого-либо его проявления в форме психического эквивалента, например, порно-, пиро-, клепто-, дипсо- или танатомании.

- а) Опасность будет особенно велика в тех случаях, когда сверхдавление реакции $-e$ присоединяется к разрядке фактора-партнера hy , то есть в векторной картине P мы имеем $-!0, -!!0, -!!!0$. Здесь максимально накопившиеся ярость и гнев никак не контролируются тенденцией стыда $-hy$, и путь к эмоциональному взрыву становится свободным.
- б) $+hy$ — на сцену выходит опасный «Каин» ($P -! +$).
- с) $-hy$ — состояние паники ($P -! -$) с каждой минутой усиливается.
- д) $\pm hy$ — притязания «Каина» несколько уменьшаются благодаря тенденции стыда ($-hy$).

Во всех этих положениях постоянно сохраняется опасность взрыва грубых аффектов.

б) Обычные негативные реакции e

- а) При $+hy$ такая реакция характеризует злого, настроенного по-каинитски, завистливого, ревнивого среднего человека с его банальной вспыльчивостью и раздражительностью. Но здесь было бы ошибочно думать о какой-либо

серьезной, клинической форме эпилептиформного заболевания. Векторная картина $P - +$, хотя и является тестовой приметой «истинного Каина», в этом виде является социально приемлемой. Мы вынуждены примириться с тем фактом, что половина самых обычных людей является каинитами. Таким образом, тестовый знак $P - +$ скорее является пароксизмальной картиной «злого», чем серьезно болеющего, страдающего приступами человека.

- б) При реакции — hy появляется паническая тревога, которая в соответствии с нашим опытом — причем чаще всего в форме реально обоснованной экзистенциальной паники — может появиться и у обычных психически здоровых индивидов. При $0\ hy$ в форме $P - 0$ страх перед возможностью разрядки мощных грубых аффектов становится довольно сильным, так как отсутствует тормоз — hy , а в результате унифункциональному доминированию накопившихся грубых аффектов ($-e$) будет легко реализоваться в аффективном поступке.
- с) Совпадение реакции — $e \pm hy (P - \pm)$ является тестовым знаком «по-каинитски» ($P - +$) — повседневно настроенного человека, подчиненность которого нормам внешней морали вынуждает его скрывать все злое — по меньшей мере не проявлять его вовне ($-hy$).

IV. Анализ амбивалентных реакций e

$\pm e$

а) при избыточности: 1. $\pm! e$, 2. $\pm, e$

1. $\pm! e$ свидетельствует о наличии сомнений по поводу правильности совершенных поступков (болезненная совестливость), несмотря на то, что преобладают этические тенденции к справедливости, терпимости и доброте;
2. $\pm, e$ представляет собой ту же самую борьбу между добром и злом, только склонность к злу здесь гораздо больше.

б) Обычная амбивалентная реакция e

По своей сути эта реакция — признак здоровой этической борьбы между диаметрально противоположными стремлениями:

$+ e$

Добросовестность
Терпимость
Добродушие
Готовность помочь
Исцеление
Богобоязненность

$- e$

Бессовестность
Нетерпимость
Злоба (коварство)
Злорадство
Стремление вызывать страдания окружающих
Богохульство

Такую праборьбу добра со злом мы рассматриваем как *инстинктивную основу этического поведения*, укореняющего в нашей душе *внутренний закон*: «*Не убий!*». Как мы уже подчеркивали, *этику, естественно, невозможно будет когда-либо приравнять к влечению, хотя действия и поступки конкретного человека по отношению к законам этики или «антиэтики» находятся в тесной взаимосвязи с фактором елечения е*. Здесь мы можем лишь затронуть стыковку реакции $\pm e$ со специфической формой реакции фактора-партнера *hy*.

- а) При $0\ hy\ (P \pm 0)$ проявление этических сомнений и колебаний, не испытывающих никаких ограничений ($0\ hy$), занимает весь передний план.
- б) При $+ hy\ (P \pm +)$ человеку удастся продемонстрировать окружающим свою доброту.
- с) При $- hy\ (P \pm -)$ вся внутренняя этическая борьба остается скрытой, эту картину можно также проинтерпретировать как «Авеля» ($P + -$), переполненного желаниями «Каина» ($- e$).
- д) При $\pm hy\ (P \pm \pm)$ можно говорить о тотальных этических и моральных дилеммах.

Мы не можем завершить рассмотрение фактора влечения *е*, хотя бы вкратце не указав на существенные различия между факторами *е* и *з*. Фактор *з* является влечением к смерти, фактором танатоса. Он может приводить к убийству, причем убийца будет патологически наслаждаться совершаемым преступлением; это перверсивный садизм с сексуальным оттенком. Фактор *е* в определенных обстоятельствах тоже может превратить человека в *убийцу*. Но его преступление не будет первично определяться садизмом, влечением к смерти, а прежде всего будет совершено для удовлетворения накопившихся грубых аффектов (ярости и гнева, ненависти и мести, зависти и ревности) в реальной жизни. Таким образом, *убийца типа з всегда является деструктивным садистом, а убийца типа е, наоборот, совершает свое деяние под воздействием накопившихся аффектов, он сам является жертвой из-за невозможности сдержать свои грубые аффекты*. Убийца типа *з* чаще всего является перверсивным человеком, а убийца типа *е* — пароксизмально-эпилептиформным человеком, страдающим припадками. Несмотря на такие существенные различия, мы находим и смешанные формы обоих типов убийц. В этом случае в тесте чаще всего обнаруживаются избыточности реакции $+ z$ и $- e$. У таких людей особенно велики как опасность, исходящая от влечений, так и склонность совершать преступления.

ГЛАВА 8 СУЩНОСТЬ МОРАЛЬНОГО ФАКТОРА *hy*

Скромность и тщеславие

Фактором *hy* обуславливаются, с одной стороны, филогенетически унаследованные механизмы самосохранения и защиты, *умение спрятаться в ситуации*

внешней опасности или страха, а также стыдливое *смущение* при переживании сильных сексуальных побуждений ($-hy$).

С другой стороны, этот фактор определяет *шквал движений*, спасающий от угрозы для жизни, и бесстыдное *демонстрирование себя окружающим*, *эксгибиционизм*, *тщеславие* ($+hy$).

Что же относится к сфере действия фактора *hy*?

Потребность, побуждающая людей скрывать от партнера и от всего мира стремление к эросу, к нежной любви, сооружать в душе под воздействием морали барьеры стыда и отвращения, создавать в качестве прибежища для души эротические и другого рода миры фантазии, вплоть до ухода в магию и поэзию, миры мифов и измышлений, причем иногда без малейшей опоры на реальность (как бывает при мифомании), потребность, способная привести людей в случае внешней опасности и страха перед совокуплением в абсолютно *парализованное состояние* (*иммобилизацию*) и почти *гипноидное застывание в неподвижной позе*, а при невыносимых экзистенциальных или чрезмерных сексуальных раздражителях полностью выключать чувственное восприятие, погружать человека в *сумеречное и сонное состояние* (нарколепсия), защищая таким образом от тревоги, ужаса и испуга, и тем не менее пробуждая в человеке склонность к *повторению* таких пугающих ситуаций, даже если на то нет никакого нового повода* — все это проявления *негативной тенденции фактора hy*.

Фактор *hy* является не только иммобилизатором, но и средством, защищающим от экзистенциальных и сексуальных опасностей при встрече с ужасом; также этот фактор превращает людей в бесстыдных *эксгибиционистов*, *разрушителей любых барьеров*, *образующихся из стыда и отвращения*, барьеров, создаваемых моралью. Фактор *hy* выставляет *тщеславие* на самое видное место в структуре бытия, освобождает от внутренних оков при помощи с виду совершенно бессельного *швала движений*, чтобы хотя бы таким способом достичь скрытой цели влечения, а именно спастись и стать любимым. Фактор *hy* может провоцировать *судороги*, *дрожь*, *тики*, заставлять человека неистово размахивать руками, совершать резкие движения и повороты, *суетиться*, *дрожать* всем телом из-за переживаемого страха. Все это обусловливается *позитивной тенденцией фактора hy*.

*

Природной, первоначальной формой фактора *hy* является амбитенденция: $\pm hy$.

Исходя от этой праступени, человек может двигаться или скорее в направлении тенденции — *hy*, то есть скрывая себя, а при избыточности тенденции начинать жить в мире ирреальности, фантазирования, лживости, достигая в патологической форме полной иммобилизации, скажем, представляя себя трупом.

Другой человек, наоборот, скорее будет ориентироваться в направлении тенденции $+hy$, то есть уходить в тщеславие, в демонстрирование себя окружающим, в эксгибиционизм или — при ее избыточности — в направлении истерического швала движений.

* Kretschmer, E. Über Hysterie. Thieme, Leipzig, 1923. S. 7–18.

Таким образом, к патологической области тенденции — h_y , с одной стороны, относятся разнообразные феномены иммобилизации: истерическая неспособность ходить (*абазия*), стоять (*астазия*), говорить (*афония*, *афазия*), думать (*сумеречное состояние и ступор*), с другой стороны, — *истерическая слепота, глухота, нечувствительность к тактильным ощущениям и боли*. Патологическими проявлениями тенденции $+ h_y$ являются: *сексуальный эксгибиционизм, истериформное дрожание* (в случае неврозов у военных, а также ситуативных неврозов после пережитой катастрофы), *тик и любые другие виды истерических проявлений в форме шквала движений и приступов*.

При всех этих формах болезней постоянно проявляется — наряду с истериформными побуждениями — особая активность сферы Я. При истерических феноменах иммобилизации (вплоть до представления себя трупом) мы встречаем утрату Я или сумеречные состояния ($Sch\ 0\ 0$), отчуждение от тела и от чувственного восприятия ($Sch - \pm$). При шквале движений мы встречаем Я-картины страха и предчувствия катастрофы ($Sch\ \pm +, \pm \pm$).

Психология судьбы также позволяет утверждать, что выбор вида перечисленных истериформных механизмов защиты прежде всего зависит от сферы Я.

*

Рассмотрим четыре типа реакций фактора h_y .

I. Анализ нулевой реакции h_y

$0\ h_y$

1. Эта реакция означает разрядку *утонченных аффектов* в виде *истериформного* припадка, таким образом свидетельствуя об эмоциональной пустоте после проявления в жизни утонченных аффектов.
2. Реакция $0\ h_y$ может также указывать на манифестный робкий страх перед экзистенциальной, а чаще всего сексуальной психической опасностью, или может быть признаком фобии явного эксгибициониста.
3. Чаще всего такая реакция — признак *слабости моральной цензуры*, особенно если при этом одновременно обнаруживается реакция $0\ k$ ($0\ h_y$ и $0\ k$), фигурирующая несколько раз в серии исследований; такое, например, обнаруживается у сексуальных психопатов со склонностью к эксгибиционизму.
4. Эта реакция может означать и эпизодическую разрядку моральных дилемм и амбигенденций ($\pm\ h_y$).

Для корректной интерпретации реакции $0\ h_y$ необходимо учитывать симулированную реакцию фактора e .

- а) В сочетании с $\rightarrow e$ ($P + 0$) реакция $0\ h_y$ является признаком мук и угрызений совести в форме *фобии*.

- b) При $-e (P - 0)$ эта реакция выдает наличие страха перед прорывом грубых аффектов, которые накапливаются в душе, не испытывая влияния моральной цензуры ($0\ h_y$).
- c) При одновременном $\pm (P \pm 0)$ на переднем плане стоят *этические* дилеммы без моральной цензуры. Это означает следующее: на первом месте в персоне сражаются друг с другом «Каин» и справедливый, терпеливый «Авель» ($+e$); внутренняя цензура утонченных чувств типа проявлений любви, нежности, сексуальности и душевности разряжается открытым способом ($0\ h_y$).
- d) При $0\ e (P\ 0\ 0)$ возникает состояние эмоциональной пустоты, причем в области как грубых, так и утонченных аффектов (такое встречается при истерии, депрессии, мании и т. д.).

II. Анализ позитивных реакций h_y

$+ h_y$

a) при избыточности: $+I\ h_y, +II\ h_y, +III\ h_y$

Этот относительно редкий тип сверхдавления в факторе h_y указывает на абсурдное тщеславие и выставление себя на всеобщее обозрение. Такое чаще всего обнаруживается при инфлятивной паранойе с абсурдными идеями улучшения мироздания и введения реформ. В определенных обстоятельствах эта реакция также свидетельствует о стремлении к сексуальному эксгибиционизму.

Вариации этой реакции вместе с фактором e указывают на состояние души, которое характерно и для обычных позитивных h_y , отличаясь только большей выраженностью.

b) обычные позитивные реакции h_y

Такие реакции в общем указывают на стремление человека к тщеславию и желание выставить себя на всеобщее обозрение. Чаще всего такой человек отличается повышенным нарциссизмом ($+ h_y, + k$).

- a) При $0\ e (P\ 0\ +)$ относительно велика тенденция выставять себя на всеобщее обозрение — редко доходящая до истинного эксгибиционизма — без всякого управления со стороны этической цензуры (коверсионная истерия, мания, эксгибиционизм и т. д.).
- b) При $+e (P\ +\ +)$ психодиагностически можно говорить о *перепополненности аффектами*, что особенно характерно для истериформного характера и истерии.
- c) При $-e (P\ -\ +)$ «Каин» выставляет на всеобщее обозрение свою тенденцию творить зло.
- d) При $\pm e (P\ \pm\ +)$ персоне испытуемого, несмотря на присущие ей каинитские тенденции, удастся заглядить свою вину — в сентиментальной форме.

III. Анализ негативных реакций hy

- hy

а) при избыточности: - I hy , - II hy - III hy

Эта червоточная неприятными социальными последствиями реакция имеет несколько вариантов истолкования:

- а) чрезмерное стремление скрывать утонченные движения души — включая сексуальные проявления; здесь можно иногда обнаружить пребывающее на заднем плане сверхдавление эксгибиционизма (+I hy), часто это оказывается просто тщеславием; такая реакция встречается у эксгибиционистов (присущая им стыдливость).
- б) Чаще всего эта реакция обозначает бегство от пугающей действительности в нереальный мир фантазии, в котором возможно все то, что не может произойти в жизни.
- в) Особой формой бегства от безрадостной реальной жизни является бегство в мир лжи. Именно в такой форме проявляется в нашем тесте *Pseudologia phantastica* (мифомания), встречающаяся у многих психопатов.
- г) Реже такая реакция будет означать *сверхморальность*, которая сочетается с пуританством и лицемерием.

б) обычная негативная реакция hy

- а) При 0 e ($P 0 -$) такая реакция говорит о страхе *особых (сензитивных) отношений*, которым всегда присущ моральный оттенок; в крайних формах это типично для параноидных аффектов.
- б) При + e ($P + -$) такая реакция характеризует доброго, славного и кроткого «Авеля» с типичными для него совестливостью, робостью и моральностью.
- в) При - e ($P - -$) перед нами аффективная картина *паники*.
- г) При $\pm e$ ($P \pm -$) перед нами «Авель», накопивший в себе грубые аффекты (- e); также это может быть паническое состояние ($P - -$) со стремлением заглянуть свою вину.

IV. Анализ амбивалентных реакций hy

$\pm hy$

а) при избыточности: 1. $\pm I hy$; 2. $\pm II hy$

В любых вариациях реакции $\pm hy$ моральная дилемма звучит так: «Могу ли я показать себя со всеми присущими мне сексуальными и экзистенциальными притязаниями на значимость так, как я нахожу нужным, или лучше скрывать от мира существующие во мне притязания?»

1. В первой вариации перед нами повышенное тщеславие.
2. Во второй относительно велико стремление все скрывать; в этом случае необходимо выяснить, не существует ли здесь *Pseudologia phantastica* или чрезмерное преобладание в душе фантазийного мира.

b) обычные амбивалентные реакции h_u

- a) При $0 e$ на передний план клинически выступает *ламентация* (жалобы), вечное *оплакивание*, *причитание* и *сокрушение* по поводу случившегося. Полное доминирование моральных дилемм. Испытуемого терзают моральные муки, так как полностью отсутствует этическая цензура (совесть), а возможно, он не выдержал напряжения и, «взорвавшись», успел недавно удовлетворить свои грубые аффекты.
- b) При $+ e$ ($P + \pm$) появляется «Авель» ($P + -$), демонстрирующий свои моральные сомнения.
- c) При $- e$ ($P - \pm$), наоборот, на переднем плане показывается «Каин» со своими моральными дилеммами, пытающийся каким-либо образом скрыть от мира присущее ему зло.
- d) При $\pm e$ ($P \pm \pm$) персона испытуемого живет в мире этических ($\pm e$) и моральных ($\pm h_u$) дилемм; такое состояние аффектов является совершенно естественным для гуманизированных людей, особенно когда это сопровождается векторными картинками $S - -$ и $Sch + +, \pm +, \pm \pm$.

ГЛАВА 9

АНАЛИЗ ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ВЛЕЧЕНИЯ (ВЕКТОР P)

Вначале мы ответим на вопрос, соответствует ли влечение к пароксизмам или поражению врага пяти критериям самостоятельного влечения, критериям, которые мы уже представили читателю ранее. Мы не приводили доказательств существования сексуального влечения, так как самостоятельная инстинктивная природа сексуального влечения несомненна.

I. В пользу генетической обусловленности P -влечения (первый критерий) говорит уже тот факт, что это влечение вызывает у людей филогенетические защитные и спасительные движения, которые, точно так же как и в животном царстве более низких биологических видов, являются древними формами защиты от заряженных аффектами экзистенциальных и сексуальных опасностей. В качестве таких форм защиты мы наблюдаем шквал движений, проявления имобилизации вплоть до представления себя мертвым, стремление прятаться и притворяться (изменение голоса и положения тела), смену окраски тела. Здесь мы приведем несколько примеров:

Какая-то пчела или птица жутко напугала мотылька, летавшего в замкнутом пространстве, спровоцировав его совершать якобы бессельные движения — мотылек повторял их так долго, что одно из этих движений помогло ему вылететь на волю. На более высоких ступенях развития эти древние виды защиты постепенно отступают при встрече с жизненными опасностями, уступая место планомерным размышлениям и обдуманным действиям. И только в ситуации паники (землетрясение, автокатастрофа, наводнение или опасности войны), а также у маленьких детей в ситуациях фрустрации архаичный шквал движений вновь актуализируется, и именно в форме подергиваний, неупорядоченных движений, крика, неистового размахивания руками. В патологических формах мы встречаем эти механизмы защиты *при истерической гиперкинезии и эмоциональных кризисах*^{*}. В таких случаях говорят о регрессии на филогенетически более раннюю ступень развития.

Другая группа форм защиты, *рефлексы иммобилизации и представление себя трупом*, связана у животных с каталептическими и гипноидными феноменами. В ситуации смертельной опасности у животных можно наблюдать определенные феномены иммобилизации — запытывание, втискивание своего тела в щель между камнями, заползание в ил, тину и песок, застывание в неподвижной позе. Вспугнутые рыбы (*Callichthys*, *Corydoras*, *Anabas scandens*) изменяют свою окраску с черной на белую или красную, резко бросаются в другую сторону или вообще не делают никаких попыток уплыть, а застывают в неподвижной позе. Подобное можно наблюдать и у насекомых, пауков, раков, змей, кур, лошадей^{**}. У некоторых животных (например, у кур, некоторых видов пауков) какое-нибудь резкое движение во время акта совокупления может вызвать именно такие рефлексы застывания и иммобилизации. Так, например, половой акт у пауков *Galeodes* начинается с неожиданного запрыгивания гораздо меньшего по своим размерам самца на самку, которую он хватает за спину, вызывая у нее паралич. Самка мгновенно застывает, становясь на определенное время совершенно неподвижной, пассивной, не оказывающей самцу никакого сопротивления^{***}.

II. Пароксизмальное влечение соответствует и *второму* критерию, требующему от самостоятельного влечения *внутренней полярности* между двумя потребностями и между четырьмя тенденциями. Влечение к поражению *P* в нашей системе влечений строится на полярной противоположности двух потребностей (*e* и *hy*) и четырех тенденций (+ *e*, — *e*; + *hy*, — *hy*).

III. Вследствие этого вектор *P* соответствует и *третьему* критерию, *напряженности и динамизму влечения*, так как два фактора влечения и четыре тенденции посредством присущих им противоположностей способны поддерживать *динамизм* в пространстве вектора *P*.

IV. *Четвертому, физиологическому и патопсихологическому критерию* пароксизмальное влечение соответствует по той причине, что в области физиологии оно обуславливает два противоположных психических проявления грубых и утонченных аффектов, формируя так называемые *эпилептиформный и истериформный типы характеров* в здоровой аффективной жизни. А в области психопатологии это влечение определяет два известных круга болезней: *эпилепсию и истерию*.

V. *Пятый критерий, самостоятельный тип наследования* пароксизмальных феноменов, в отношении *эпилепсии* был убедительно доказан Рюдиным и Люксен-

* Kretschmer, E.: Über Hysterie, Thieme, Leipzig, 1923 S 7-18.

** Ebenda: S 13.

*** Ebenda. S 15.

бургером* (полимерный рецессивный тип наследования), Конрадом** и мной*** (двойной рецессивный тип наследования на основе множественных аллелей), а относительно *истерии* — Медовым, Ленцем, Пэршем (доминантный тип наследования), но прежде всего Краулисом****.

•

Систематически проводимые с 1937 года *психологические* исследования эпилепсии и истерии при помощи экспериментальной диагностики влечений также подтвердили правильность гипотезы о существовании особого и самостоятельного влечения к пароксизмам и поражению противника.

Остается только один вопрос: *правильно ли связывать эпилептический фактор влечения с истериформным фактором в одном и том же векторном пространстве — в качестве стропильных элементов одного и того же влечения?*

Мы можем утвердительно ответить на этот вопрос на основе 1. генетического, 2. глубинно-психологического и 3. клинического опыта.

К пункту 1. Краулис сообщает, что в семьях истериков процент больных эпилепсией почти так же высок, как и среди родственников эпилептиков****. Люксеибургер нашел среди сибсов эпилептиков в *восемь раз* больше истериков, чем это встречается среднестатистически*****. Так что вряд ли можно сомневаться в существовании генетических связей между эпилепсией и истерией.

К пункту 2. Собственные исследования в области психологии влечений подтвердили гипотезу о том, что факторы *e* и *hy* преследуют одну и ту же цель, а именно спасение персоны от одной из существующих экзистенциальных опасностей для души, и только их энергетические источники различаются. Эпилептиформный фактор *e* накапливает *грубые*, каинитские аффекты и побуждения, а истериформный фактор *hy* — *нежные*, эротические. Оба фактора разряжают накопившуюся энергию в различных формах; один проявляет это эпилептиформными, а другой — истериформными припадками. Таким образом, мы говорим о том, что 1. *формы проявления в виде приступов, то есть в форме пароксизмов*, 2. *бессознательная цель влечений, заключающаяся в поражении врага* и 3. *защита себя от накопившихся аффектов, приносящих опасности*, являются теми тремя общими динамизмами влечений, которые побуждают нас соединить именно эти две потребности влечений в одно особое влечение в пространстве вектора *P*.

Психодинамические противоположности между факторами *e* и *hy* относительно их энергетических источников и клинических форм проявления вполне удовлетворяют

* Von Verschuer, O.: Erbpathologie. Steinkopf, Dresden, Leipzig, 1934. S. 88f.

** Conrad: Erbanlage und Epilepsie. Zschr. F. Neur. Bd. 153, 1935. S. 271.

*** Szondi L. Heilpädagogik in der Prophylaxe der Nerven- und Geisteskrankheiten. Bericht ü. d. I. Int. Kong. f. Heilpäd. 1939. Leemann & Co., Zürich. S. 35, 37. Szondi, L.: Schicksalsanalyse, III. Aufl. Schwabe & Co., Basel, Stuttgart, 1965. S. 374 ff

**** Kraulis, W. Zur Vererbung der hysterischen Reaktionsweise. Ztsch. f. Neur. u. Psych. 136. Heft 1/2.

***** Ebenda: S. 206.

***** Цит. по: von Verschuer O. Erbpathologie, S. 89

принятию факториальной полярности, а одна и та же цель влечений — принятию одного интегрирующего их влечения.

К пункту 3. Остается только упомянуть о том, что в клинической медицине все больше и больше проявляется тенденция объединять эпилепсию и истерию (или полностью, или частично) в единую клиническую картину «*истероэпилепсии*».

Многие клиницисты высказывают сомнения в правильности такого объединения. Они следят за сохранением клинических границ, которые отделяют генуинную эпилепсию — оцениваемую как органически обусловленную — от чисто *функциональной* истерии. Однако исследования влечений говорят явно в пользу выдвигаемой нами гипотезы о том, что, несмотря на то, что обе картины болезней используют филогенетически разные нервные пути в своей первозданной («врожденной») форме, они тем не менее являются функциональными заболеваниями с одним особым фундаментом влечений (З. Фрейд*, К. Г. Юнг**). Потому мы придерживаемся мнения, что не встречается эпилепсия без истерии, как не наблюдается истерии без участия в ней эпилептиформного фактора (*e*)***.

*

В соответствии со схемой, данной в таблице 4, мы можем с позиции клинической практики и психологии влечений представить по порядку 16 вариаций вектора *P*.

1. Одинарная тенденция в векторе *P*

Вариации	I	II	III	IV
На переднем плане : <i>P</i> —	+ 0	0 +	- 0	0 -
На заднем плане : <i>P</i> —	- ±	± -	+ ±	± +

Вариация I

$$P_1 \begin{matrix} e & hy \\ + & 0 \end{matrix}$$

Доминирование совестливости. Заглаживание вины (+ *e*) выражается истериформной боязнью (0 *hy*), *фобией* (страх животных, высоты, глубины, закрытых и открытых пространств и т. д.)

При избыточности: постоянные угрызания совести.

В психологии влечений эта *P*-картина означает *доминирование совести* в аффективной жизни; клинически это проявляется *фобиями*. 0 *hy*-реакция является указа-

* Freud, S.: Dostojewski und die Vätertötung. Ges. Schr. Bd. XII S. 7 ff.

** Jung, C. G.: Psychologie und Erziehung. 1946. S. 16 ff.

*** Rabe, F.: Die Kombination hysterischer und epileptischer Anfälle. Schriftreihe Neurologie, Band 5, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1970.

нием на то, что стремление загладить вину (+ e), первоначальные истоки которой тем не менее вытеснены, проявляется в *истериформной боязни*. Человеку хорошо знаком вызывающий страх объект (животные, высота, глубина, открытое или закрытое пространство, самолет, железная дорога и т. д.), но совсем не осознается связь осознаваемого объекта, вызывающего опасения, с *вытесненным объектом*, который в свое время и обусловил появление фобии (отец, страх кастрации и т. д.). Пребывающее на заднем плане притязание «Каина» ($P - \pm$) ясно говорит о том, что первоначальная вина связана с *желанием убийства* (отца, брата).

Вариация II

$$P_2 \begin{matrix} e & hy \\ 0 & + \end{matrix}$$

Доминирование тщеславия, демонстрация себя окружающим (+ hy) без малейших этических тормозов (0 e).

При избыточности: истериформный шквал движений, конверсия и значительно реже — сексуальный эксгибиционизм.

Здесь унифункционально доминирует *стремление к подчеркиванию значимости собственной osoby*, *выставление себя на обозрение окружающих* (+ hy) без всяких этических тормозов (0 e). Мы уже объясняли, что гипертонусная форма (+1 hy , +11 hy) будет свидетельствовать об истерическом шквале движений, конверсии, сексуальном эксгибиционизме, когда сфера Я проявляет соответствующую защитную активность (например, отчуждение [$Sch - \pm$] или одобрение использования своей власти и влияния [$Sch + 0$]). Пребывающий на заднем плане и сражающийся с этическими ($\pm e$) дилеммами «Авель» подтверждает наше мнение, что окружающие люди — а среди них встречаются и врачи — неправильно оценивают поведение истероидов, в частности, их этичность. Если бы у истериков отсутствовали нравственные принципы, то они бы не были способны на конверсию, а постарались бы защититься от эротических желаний каким-либо другим способом. Именно об этом и свидетельствует реакция $\pm e$ на заднем плане.

Вариация III

$$P_3 \begin{matrix} e & hy \\ 3 & - 0 \end{matrix}$$

Накопление ярости, ненависти, гнева, мщения, зависти и ревности, каинитские притязания ($- e$) без наличия моральных тормозов (0 hy).

При избыточности: опасность подступающего приступа, а также латентная эпилепсия или ее эквиваленты.

На переднем плане накапливаются грубые, каинитские аффекты ($- e$) без наличия моральных тормозов (0 hy). В результате этого довольно велика опасность возникновения приступа с взрывом грубых аффектов ярости, ненависти, гнева, мстительности, зависти или ревности. Чаще всего сразу после взрыва аффектов на переднюю сцену выходит находящийся на заднем плане тщеславный «Авель», старающийся продемонстрировать присущие ему раскаяние и доброту.

Вариация IV

$$P_4 \begin{matrix} e & hy \\ 4 & 0 - \end{matrix}$$

Подавление эротических или любых других аффектов. Страх особых (сензитивных) отношений. Этические тормоза слабы (0 e).

При избыточности: ирреальный сексуальный мир фантазии; Pseudologia phantastica.

Эта *P*-картина является надежным психодиагностическим признаком наличия сензитивного страха отношений, который всегда имеет параноидные черты. Персона одержима страхом: «А что бы сказали люди, если бы они могли узнать, что за желания я в себе скрываю (*- hy*)?» Такая реакция часто обнаруживается при параноидных неврозах и ипохондрии, чаще всего в таких случаях это сопровождается вытесняющим Я (*Sch - 0*) или парализующим Я (*Sch - +*). Та же самая картина пароксизмального фактора, повторяющаяся несколько раз, но уже с тотальной проекцией, будет говорить о серьезном параноидно-проективном Я-расстройстве (*P 0 -; Sch 0 -*). Вместе с женским Я (*Sch 0 ±*) такая *P*-картина — если в сексе еще замечается инверсия (*S + -*), а в контактах так называемая «биобъектная» связь с представителями обоего пола (*C + +*) — может вызвать подозрение о существовании у мужчины гомосексуальности. Стоящий на заднем плане, выставляющий себя на всеобщее обозрение «Кани» с тенденцией загладить свою вину (*P ± +*) раскрывает глубокие причины появления страха отношений.

2. Двойные тенденции в векторе *P*

а) Горизонтальное разделение, сплавление

Вариации	I	II
На переднем плане: <i>P -</i>	+ +	- -
На заднем плане: <i>P -</i>	- -	+ +

Вариация I

$$P_5 \begin{matrix} e & hy \\ + & + \end{matrix}$$

Истериформное «ноеднение» аффектами. Предрасположенность к шквалу движений. Муки и угрызения совести переполняют персону, они выносятся на всеобщее обозрение. Истериформная конверсия. Циркулярный наплыв аффектов (депрессия, мания).

Перед нами «сентиментальная» картина истериформного наводнения аффектами, часто с предрасположенностью к шквалу движений, особенно в тех случаях, когда наплыв аффектов (*P + +*) в одной и той же серии исследований сменяется опустошенностью в эмоциональной сфере (*P 0 0*). Наводнение аффектами является в результате того, что из-за угрызений совести (*+ e*) наплыв аффектов присоединяется к истериформному тшеславию (*+ hy*), в результате такого сплава жизнь аффектов чрезмерно переполняется. На заднем плане душа охвачена паникой (*P - -*), которая может действительно парализовать человека, если не находится возможности для разрядки внутренней напряженности посредством шквала движений.

Вариация II

$$P_6 \begin{matrix} e & hy \\ - & - \end{matrix}$$

Внутренняя паника, подавленность и угнетенность, вызванные чрезмерными экзистенциальными или эротическими раздражителями.

Имобилизация: отключение (выпадение) сенсомоторных функций вплоть до попытки притвориться трупом.

В этом профиле влечений мы видим картину внутренней паники в области аффектов. Чрезмерные переживания в ситуации экзистенциальной или аффективной опасности парализуют персону. Она бессознательно подавляет у себя как свои грубые ($-e$), так и тонкие ($-hy$) аффекты. Моральная цензура ($-hy$) преграждает путь для разрядки накопившихся грубых каинитских аффектов ($-e$), а из-за этого любые проявления аффектов вовне замирают. Сама персона переживает эту ситуацию как очень неприятную *угнетенность*. Накопившиеся на заднем плане аффекты ($P++$) говорят о том, что персона готова спастись от ограничений и невыносимой угнетенности посредством шквала движений.

b) Вертикальное, навязчивое деление

Вариации	I	II
На переднем плане: $P =$	± 0	$0 \pm$
На заднем плане: $P =$	$0 \pm$	± 0

Вариация I

$$P_7 \begin{matrix} e & hy \\ \pm & 0 \end{matrix}$$

Доминирование этической цензуры ($\pm e$), в данном случае отличающейся большой амбивалентностью. Этические противоречия и сомнения. В действиях и поведении мораль и этика отделены друг от друга. Персона предается своим этическим бесплодным раздумьям без наличия моральных тормозов ($0 hy$).

На переднем плане доминирует *этическая цензура* с обоими тенденциями ($\pm e$). Стремление к справедливости и совестливости, к проявлению терпимости и добродушия, готовность помочь и богобоязненность ($+e$) находятся здесь в постоянной борьбе и конфликтах с тенденцией к нечестности и бессовестности, нетерпимости и озлобленности, стремлению нанести вред и ущерб другим, к богохульству и кощунству ($-e$). Возникает *этический разлад и сомнения*, бесплодные размышления на этические темы, тягостное и монотонное перебирание достоинств добра и зла, причем без возможности прийти к окончательному выбору. Эта ситуация осложняется отказом от моральной цензуры (или ее слабостью) ($0 hy$), так что персона без малейшего стыда высказывает свои этические сомнения окружающим ($0 hy$). Такая картина аффектов особенно часто встречается при неврозе навязчивости и конверсионной истерии, когда больные пытаются сдерживать посредством этических навязчивостей свои эротические или любые другие аффекты.

$$P_8 \begin{matrix} e & hy \\ 0 & \pm \end{matrix}$$

Вариация II

Доминирование моральной цензуры ($\pm hy$), которая отличается повышенной амбивалентностью. Моральные противоречия и сомнения без этических тормозов ($0 e$).

Клинически ламентация (громкие вопли и причитания), сокрушение и оплакивание (депрессия, истерия).

Эту картину мы должны истолковывать точно так же, как и предшествующую, нужно лишь переместить *противоречия* и *склонность к сомнениям* из этической ($\pm e$) области в моральную ($\pm hy$). В персоне навязчиво вспыхивает борьба между стремлением к вынесению себя на всеобщее обозрение и желанием спрятаться ($\pm hy$), в то время как в этической цензуре наблюдается бездействие ($0 e$). Если для этических сомнений ($P \pm 0$) скорее характерна грубая, мужская природа, то при моральной навязчивости мы видим нежные, женские черты. Таким образом, клинические проявления, заключающиеся в *ламентировании (громких причитаниях и воплях), сокрушении и оплакивании себя* полностью согласуются с $P 0 \pm$. Особенно часто мы находим такую картину у истериков и депрессивных больных. Из комплементарной теории следует, что этической навязчивости на заднем плане противопоставляется моральная навязчивость, и наоборот.

с) Диагональное разделение, расщепление

Вариации	I	II
На переднем плане: $P =$	+ -	- +
На заднем плане: $P =$	- +	+ -

$$P_9 \begin{matrix} e & hy \\ + & - \end{matrix}$$

Вариация I

«Кроткий как овечка» Авель. В поведении доминируют совесть, терпимость, добродушие, готовность прийти на помощь, религиозность ($+ e$); стыдливость, подавление своего тщеславия (hy).

Такая картина аффектов *характерна для морально-этического поведения «кроткого как овечка Авеля»*. Перед нами человек, который, с одной стороны, стремится быть по отношению к людям совестливым, честным и терпеливым, добрым и готовым прийти на помощь, часто отличающийся религиозными убеждениями ($+ e$); с другой стороны, он старается в своих поступках не преступить моральных барьеров, диктуемых стыдом. То есть, такой человек никогда не выставляет себя на всеобщее обозрение, а подавляет свое тщеславие и скрывает свои нежные эмоциональные побуждения ($- hy$). Общество принимает его за порядочного, хорошего человека. Но быть добрым означает, что человек не допускает активации зла, удерживая своего «брата Каина» на заднем плане. Единственной инстанцией, которой это оказывается по силам, является сфера Я.

Вариация II

$$P_{10} \begin{matrix} e & hy \\ - & + \end{matrix}$$

«Чистый Каин». Накопление ярости, ненависти, гнева, мстительности, зависти и ревности ($-e$); стремление творить зло ($-hy$). В поведении доминируют бессовестность, несправедливость, нетерпимость, злонамеренность, атеизм

Эта картина, на наш взгляд, свидетельствует и о том, что некоторые люди допускают на «сцену жизни» брата Авеля, «Каина», постоянно существующего в нас для того, чтобы он в реальной жизни отреагировал все присущие ему грубые аффекты. В профиле влечений реакция P_{10} является картиной «чистого Каина», так называемого «злого» человека. Озлобленность Каина питается из двух стремлений:

- он накапливает в себе грубые аффекты (ярость, ненависть, гнев, мстительность, зависть и ревность) ($-e$);
- при первой же возможности он стремится проявить их вовне ($+hy$).

Таким образом, «Каин» отнюдь не стыдится того, что он проявит себя в качестве злого брата. Наряду с генетической предрасположенностью за выбор «каинитского существования» конкретным человеком отвечают прежде всего ошибки воспитания в самом раннем возрасте. Среди соперничающих сил, из которых один ребенок начинает предпочитать кем-либо из родителей, каинитские притязания чаще всего будут развиваться у того, кто окажется обделенным родительской любовью. У такого ребенка появится желание смерти своему сопернику или несправедливому родителю. Таким образом, трагическая судьба каинита начинается еще в раннем детстве. Именно каиниты чаще всего страдают энурезом, легко впадают в ярость и очень злопамятны, мстят за обиды как дома, так и в школе. В результате особой интерфакториальной зависимости между факторами e и p каиниты постоянно склонны к генерализации, то есть к расширению пространства «каинитской ревности»; они чувствуют, что их обошли в продвижении по карьерной лестнице; постепенно круг людей, к которым они питают ярость и ненависть, успеху которых они завидуют, все больше и больше расширяется. Особенно часто мы встречаем каинитов среди фабрикантов, коммерсантов, торговцев, литераторов, политиков, надежды которых на получение признания или успеха так и остались несбыточными. Нередко оказывается так, что из человека, бывшего когда-то в детстве мстительным «Каином-энуретиком», позднее получается научный или литературный критик, который превращает прежнее «упрямое недержание в суетное знание». Такой критик «мочится» на любого автора, которому в качестве писателя или ученого удалось добиться большего, чем ему самому. Теперь каинит вынужден мстить, выполняя в редакции роль жалкого «Каина из чернилницы». Вряд ли можно злиться на каинита. Его судьба скорее пробуждает сострадание, чем презрение. *Библейский Каин задушил брата из-за своей бесконечной любви к Богу-Отцу*, обстоятельство, которое люди легко забывают, осуждая Каина «Каиновы» натуры отличаются необыкновенной смелостью и дерзостью при любой политической аванюре, они оказываются наиболее жестокими клеветниками и доносчиками во времена революций и власти диктатуры. Но только небольшая часть каинитов поднимает руку на своего предполагаемого врага под влиянием мощного аффекта (убийство в ярости или непреодолимою ненависти, из-за ревности). Большинство таких людей скрывает свои злобные притязания за фасадом социально приемлемой псевдо-критической

деятельности. А на путь обращения зла в добро вступает совсем маленький процент каинитов. Среди всего населения доля каинитов составляет одну пятую. И это, конечно, меньше количества авелитов (включая их различные вариации), которые составляют несколько больше трети населения земного шара. Хотя даже чистый «Каин» постоянно держит у себя на заднем плане ослабленного «брата Авеля», чрезвычайно редко удается — в том числе и глубинным психологам — развернуть у каинита сцену аффективной жизни в направлении от зла к добру; скорее всего потому, что окружающий мир не способен полюбить своих врагов, каинитов; только посредством постоянной любви и нежности можно убедить каинита в том, что всего в жизни можно достичь быстрее и легче посредством любви, а не злонамеренности.

3. Тройные тенденции в векторе P

Вариации	I	II	III	IV
На переднем плане: $P =$	$- \pm$	$\pm -$	$+ \pm$	$\pm +$
На заднем плане: $P =$	$+ 0$	$0 +$	$- 0$	$0 -$

Вариация I

$$P_{11} \begin{matrix} e \text{ } hy \\ - \pm \end{matrix}$$

- а) Прячущаяся ($- hy$) натура «Каина» ($P - +$).
- б) Моральный скептик ($\pm hy$), подавляющий в себе «Каина» ($- e$).
- в) Паника ($P - -$), выносимая на всеобщее обозрение в истерической форме ($+ hy$).
- д) Фаза, предшествующая опасности взрыва грубых аффектов ($P - 0$).
- е) Симультивно воздействует «слепоход» — фобия ($P + 0$).

Как и в случае других тройных тенденций влечений, здесь имеется несколько возможностей истолкования.

- а) P_{11} может характеризовать «каинита» ($P - +$), скрывающего ($- hy$) свою грубую природу аффектов.
- б) Здесь же можно представить и морального скептика ($\pm hy$) в той фазе, в которой он подавляет свои грубые аффекты ($- e$).
- в) P_{11} может изображать внутреннюю панику ($P - -$) с симультанной тенденцией добиться собственной значимости и истериформными проявлениями ($+ hy$).
- д) Так как $\pm hy$ обозначает фазу, предшествующую реакции ($0 hy$), то картину аффектов $P - \pm$ мы можем истолковывать как фазу, предшествующую следующей картине: $P - 0$, и следовательно, вынуждены считаться с опасностью прорыва грубых аффектов.
- е) Можно предположить, что на заднем плане существует фобический невроз ($P + 0$), который отошел на задний план только на какое-то время и может неожиданно вновь появиться на «главной сцене».

В общем при интерпретации результатов аффективной картины P_{11} следует всегда замечать прячущегося «Каина».

$$P_{12} \begin{matrix} e & hy \\ \pm & - \end{matrix}$$

Вариация II

- Натура Авеля ($P + -$), угнетающая в себе «Каина» ($-e$).*
- Прячущийся ($-hy$) этический скептик ($\pm e$).*
- Паника ($P - -$) с желанием заглянуть свою вину ($+e$).*
- Фаза, предшествующая страху сензитивных отношений ($P0 -$).*
- Симультанно воздействующее истериформное тщеславие ($P0 +$).*

Здесь имеются следующие варианты истолкования:

- несмотря на присущую ей мягкость ($+e$), натура Авеля ($P + -$) накапливает в себе грубые аффекты ($-e$);
- этический скептик ($\pm e$), постепенно изматывающий себя мучительным выбором между желанием совершать хорошие ($+e$) или алые ($-e$) поступки, причем эта этическая борьба скрывается от окружающих ($-hy$);
- картина аффектов P_{12} может выражать состояние внутренней паники ($P - -$), причем в этом случае постоянно присутствует желание заглянуть свою вину ($+e$);
- если учитывать в этой картине реакцию $\pm e$ как предшественницу $0e$, P_{12} можно истолковать как фазу, предшествующую картине аффектов $P0 -$, то есть сензитивного страха отношений;
- доминирование на заднем плане тщеславия ($P0 +$) может посредством симультанного контрастирующего воздействия придать картине P_{12} истерическую окраску.

Исследователь в принципе не ошибется, если в картине аффектов P_{12} будет видеть *натуру Авеля*, который несмотря ни на что накапливает в себе грубые аффекты, и поэтому из-за возникающих этических дилемм страдает от подавленности и угнетенного состояния.

$$P_{13} \begin{matrix} e & hy \\ + & \pm \end{matrix}$$

Вариация III

- Натура Авеля ($P + -$) выставляет свою доброту на всеобщее обозрение ($+hy$).*
- Спасение из моральных противоречий ($\pm hy$) посредством заглаживания своей вины ($+e$).*
- Переполненность аффектами ($P + +$) с тенденцией их скрывать ($-hy$).*
- Фаза, предшествующая фобии ($P + 0$).*
- Симультанно воздействует накопление каинитских притязаний ($P - 0$).*

Мы приводим следующие варианты истолкования:

- Человек с *натурой Авеля* ($P + -$) выставляет свою доброту на всеобщее обозрение ($+hy$).
- Человек живет в моральных противоречиях ($\pm hy$) и ищет свое спасение в заглаживании вины ($+e$).

- с) Человек, переполненный аффектами ($P + +$), пытается их скрывать ($- hy$).
- д) Если учитывать то, что реакция $\pm hy$ является фазой, предшествующей $0 hy$, когда аффективная картина $P_{13} = + \pm$ превращается в $P_1 = + 0$, можно предположить, что в картине P_{13} тоже существует готовность к фобии.
- е) Так как в картине аффектов P_{13} «следоход» носит картину $P - 0$, контрастирующее воздействие которой проявляется симультанно или выходит на актуальную «сцену жизни» на короткий миг, мы не должны забывать о латентном накоплении (а возможно, и случайном прорыве) «Каина» ($P - 0$).

$$P_{14} \begin{matrix} e & hy \\ \pm & - \end{matrix}$$

Вариация IV

- а) *Каинитская натура* ($P - +$) со стремлением загладить свою вину ($+ e$)
- б) *Этический скептик* ($\pm e$) *выставляет на всеобщее обозрение* ($+ hy$) *присущие ему внутренние противоречия*.
- с) Переполненность аффектами ($+ +$) с подавлением в себе «Каина» ($- e$).
- д) Симультанно воздействует страх сензитивных отношений ($P 0 -$).

Здесь важно учитывать следующие варианты истолкования:

- а) Каинитская натура ($P +$) со стремлением загладить свою вину ($+ e$).
- б) Человек с навязчивыми состояниями, одержимый этическими сомнениями ($\pm e$), выставляет свои внутренние противоречия на всеобщее обозрение ($+ hy$).
- с) Человек переполнен грубыми и тонкими аффектами ($P + +$) и живет в напряжении, вызванном подавлением в себе «Каина» ($- e$).
- д) Картина аффектов P_{14} может пониматься и как фаза, предшествующая векторной картине $P_2 = 0 +$, указывающей на возможность доминирования тщеславия, демонстративности и истериформного «выставления себя на всеобщее обозрение».
- е) Так как «следоход» носит в себе картину аффектов $P_4 0 -$, то он может в результате своего симультанного (или сукцессивного) контрастирующего воздействия вызвать страх сензитивных отношений.

4. Четвертая тенденция в векторе P

$$P_{15} \begin{matrix} e & hy \\ \pm & \pm \end{matrix}$$

- а) Целостное влечение пароксизмального вектора.
- б) *Интеграция наплыва аффектов* ($P + +$) *с иммобилизацией их проявлений* ($P - -$) *в одно целостное влечение*.
- с) Интеграция этических ($\pm e$) и моральных ($- hy$) амбигенденций и амбивалентностей
- д) *Интеграция притязаний Каина* ($P - +$) *и Авеля* ($P + -$).
- е) Психодиагностический признак гуманизации аффективных движений души, но только при одновременном присутствии в S реакции $- -$ или $- 0$, а в Sch. $\pm \pm, \pm +$.

Перед нами картина интеграции в аффективной жизни. Проявления двух аффективных факторов e и hy , как и полярнопротивоположные в аффективных движениях четыре отдельные функции: $+e$, $-e$, $+hy$, $-hy$, взаимно дополняют друг друга до одного целостного влечения.

Человек с интегрированной аффективной картиной способен:

- справиться с переполненностью души аффектами ($P + +$) посредством применения контракции иммобилизации ($P - -$);
- согласовать вечный внутренний закон этики: «Не убий!» ($\pm e$) с ограниченной временем и местом внешней моралью ($\pm hy$) — например, для адаптации к военному режиму;
- сдерживать грубые притязания «Каина» ($P - +$) посредством нежных стремлений «Авеля» ($+ -$);
- объединять в единый динамизм четыре противоположных аффективных движения: быть справедливым и несправедливым по отношению к ближним, выносить себя на всеобщее обозрение и уметь прятаться.

Однако в интегрированной картине аффектов полярно действующие функции аффективной жизни никогда не сливаются в неестественную, произвольно «слепленную» амальгаму. Все четыре стремления при комплементарной интеграции полностью сохраняют свою природу. Они таким образом дополняют друг друга до единой целостности, что при любых обстоятельствах посредством взаимоуправления гарантирует равновесие в аффективной жизни. Мы рассматриваем интегрированную картину аффектов в качестве проявления гуманизации аффективных движений, но это будет верно только в том случае, когда мы в том же самом профиле влечений имеем тотально или почти полностью интегрированное Я ($Sch \pm \pm, \pm +$), а одновременно с этим — гуманизованную картину сексуальности ($S - -, - 0$). Если, наоборот, мы встречаем недоразвитое Я (например, в форме $Sch 0 -, 0 +, + -$) и чувственно-эротическую картину сексуальности ($S 0 +!, +! 0, +! +!$ и т. д.), то аффективная картина $P \pm \pm$ является не признаком интеграции или гуманизации аффективных движений, а психодиагностическим признаком патологически воздействующих морально-этических дилемм; такое может наблюдаться как у невротиков (невроз навязчивости, заикание), так и у психотиков (бред воздействия, аффективный бред).

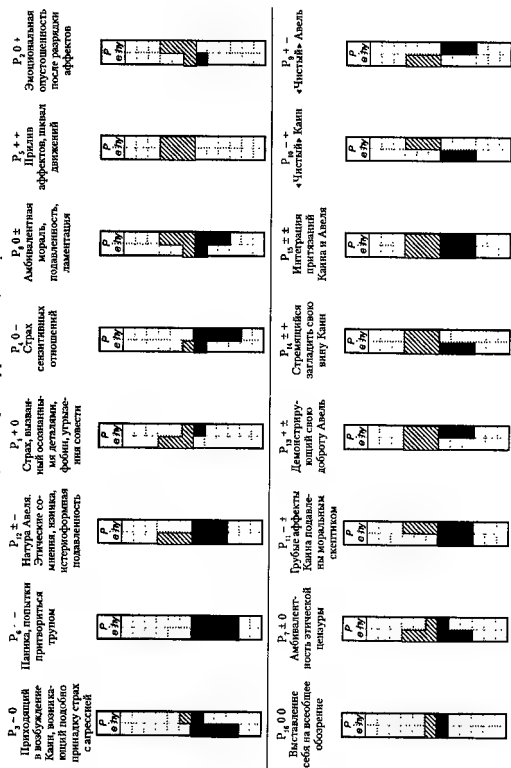
Таким образом, без учета корреляционных соотношений никогда не удастся правильно истолковать значение интегрированной картины аффектов, встречающейся у конкретного испытуемого.

5. Нулевая тенденция в векторе P

P	e	hy
16	0	0

- Полная одновременная разрядка грубых (e) и тонких (hy) аффектов
- Эмоциональная опустошенность после переполнения души аффектами ($P + +$) или после пережитых невыносимых морально-этических дилемм ($P \pm \pm$).
- Патологически повышенная эмоциональная лабильность, например, при истерии, депрессии, мании и т. д.

Рис. 11. Вариации картин аффективности, вектора Р



Симультанная, полная разрядка как грубых, так и тонких аффектов — пустая картина в пространстве пароксизмального фактора — означает «отлив» эмоций после наводнения ими, затишье после шторма в душевной жизни. Эта картина аффектов может указывать и на *патологическую дезинтеграцию аффективных проявлений*, например, при истерии, при циркулярной депрессии и мании после происшедшего аффективного взрыва в виде отчаянного крика, рева, воя, бушевания и т. д. Если руководителю эксперимента будет сопутствовать удача, он обнаружит в одной и той же серии экспериментов также фазу переполненности аффектами ($P + +$) или фазу морально-этических дилемм ($P \pm \pm$). Потому мы советуем тестировать беспокойных истерических, депрессивных или маниакальных больных как в период наивысшего переполнения аффектами, так и при последующей эмоциональной опустошенности. Клинически пустая картина в пространстве вектора P обычно означает наивысшую лабильность аффективных движений.

•

Таблица 6 дает краткую обобщающую интерпретацию 16 векторных картин пароксизмального влечения.

Таблица 6. Сущность 16 векторных картин влечения к пароксизмам или к поражению

Вариации → На переднем плане ↓	$P_1 + 0$	$P_2 0 +$	$P_3 - 0$	$P_4 0 -$
1. Одно стремление: Одинарная тенденция	Доминирование совести. Заглаживание вины (+ е) выражается в истерической боязни (0 <i>л</i>), фобии (боязни животных, высоты, глубины, страхе открытых или закрытых пространств и т. д.). При избыточности: патологические угрызения совести.	Доминирование тщеславия, выставление себя на всеобщее обозрение (+ <i>л</i>) при отсутствии этических тормозов (0 <i>е</i>). При избыточности: истерический шквал движений, конверсии; возможно, сексуальный эротицизм.	Накопление ярости, ненависти, гнева, мщения, зависти и ревности, то есть каинитских притязаний (- е) без наличия моральных тормозов (0 <i>л</i>). При избыточности: опасность приступа. Гораздо реже — латентная эпилепсия или ее эквиваленты.	Скрытие эротических или любых других аффектов. Страх особых (сензитивных) отношений. Этические тормоза слабы (0 <i>е</i>). При избыточности: ирреальный сексуальный мир фантазии; Pseudologia phantastica.
2. Два стремления: двойная тенденция а) горизонтальное деление	$P_5 + +$		$P_6 --$	
	Истерическое переполнение аффектами. Предрасположенность к шквалу движений. Муки и угрызения совести переполняют персону, они выносятся на всеобщее обозрение. Истерическая конверсия. Циркулярный наплыв аффектов (депрессия, мания).		Внутренняя паника, подавленность и угнетенность, вызванные чрезмерными экзистенциальными или эротическими раздражителями. Имобилизация: отключение сенсорных функций, попытки притвориться трупом.	
б) Вертикальное, вязчивое деление	$P_7 \pm 0$		$P_8 0 \pm$	
	Доминирование этической цензуры ($\pm$ е), отличающейся в данном случае большой амбивалентностью. Этические противоречия и сомнения. В действиях и поведении мораль и этика изолированы друг от друга. Персона предается своим этическим бесплодным раздумьям без моральных тормозов (0 <i>л</i>).		Доминирование моральной цензуры ($\pm$ <i>л</i>), которая отличается повышенной амбивалентностью. Моральные противоречия и сомнения без этических тормозов (0 <i>е</i>). Клинически: ламентация (громкие вопли и причитания), сокрушение и оплакивание (депрессия, истерия).	
с) диагональное деление, расщепление	$P_9 + -$		$P_{10} - +$	
	«Кроткий как овечка» Абель. В поведении доминируют: совестливость, терпимость, добродушие, готовность прийти на помощь, религиозность (+ е); стыдливость, подавление своего тщеславия (- <i>л</i>).		«Чистый» Каин. Накопление ярости, ненависти, гнева, мстительности, зависти и ревности (- е); стремление творить зло (+ <i>л</i>). В поведении доминируют бессовестность, несправедливость, нетерпимость, злонамеренность, атеизм.	

Таблица 6 (Окончание)

Вариации → На переднем плане ↓	$P_{11} - \pm$	$P_{12} \pm -$	$P_{13} + \pm$	$P_{14} \pm +$
3. Три стремления: тройная тенденция	а) Прячущаяся ($- \text{лу}$) натура «Каина» ($P - +$). б) Моральный скептик ($\pm \text{лу}$), подавляющий в себе «Каина» ($- \text{е}$). с) Паника ($P - -$), выносимая на всеобщее обозрение в истерической форме ($+ \text{лу}$). д) Фаза, предшествующая опасности взрыва грубых аффектов ($P - 0$). е) Симультанно воздествует фобический «слепоход» ($P + 0$).	а) Натура Авеля ($P + -$), утешающаяся в себе «Каина» ($- \text{е}$). б) Прячущийся ($- \text{лу}$) этический скептик ($\pm \text{е}$). с) Паника ($P - -$) с желанием заглядеть свою вину ($+ \text{е}$). д) Фаза, предшествующая страху сензитивных отношений ($P 0 -$). е) Симультанно воздествует истерическое тщеславие ($P 0 +$).	а) Натура Авеля ($P + -$) выставляет свою доброту на всеобщее обозрение ($- \text{лу}$). б) Спасение от моральных противоречий ($\pm \text{лу}$) посредством заглаживания своей вины ($+ \text{е}$). с) Переполненность аффектами ($P + +$) с тенденцией прятаться ($- \text{лу}$). д) Фаза, предшествующая фобии ($P + 0$). е) Симультанно воздествует накопление каинитских притязаний ($P - 0$).	а) Каинитская натура ($P - +$) стремится заглядеть свою вину ($+ \text{е}$). б) Этический скептик ($\pm \text{е}$) ставит на всеобщее обозрение ($+ \text{лу}$) свои внутренние противоречия. с) Переполненность аффектами ($P + +$) с подавлением «Каина» ($- \text{е}$). д) Возможность доминирования тщеславия и истерического «выставления себя на всеобщее обозрение» ($P 0 +$). е) Симультанно воздествует страх сензитивных стношений ($P 0 -$).
	$P_{15} \pm \pm$			
4. Четыре стремления: четверная тенденция	а) Целостное влечение пароксизмального вектора. б) Интеграция наплыва аффектов ($P + +$) с иммобилизацией аффективных проявлений ($P - -$) в одно целостное влечение. с) Интеграция этических ($\pm \text{е}$) и моральных ($\pm \text{лу}$) амбигтенденций и амбивалентностей. д) Интеграция притязаний «Каина» ($P - +$) и «Авеля» ($P + -$). е) Психодиагностический признак гуманизации аффективных движений, но только при одновременном присутствии в S реакции $-$ или $- 0$, а в Sch. $\pm \pm, \pm +$.			
	$P_{16} 0 0$			
5. Ни одного стремления: Нулевая тенденция	а) Полная одновременная разрядка грубых (е) и гонких (лу) аффектов б) Эмоциональная опустошенность после разрядки накопившихся аффектов ($P + +$) или после пережитых невыносимых морально-этических дилемм ($P \pm \pm$). с) Патологически повышенная эмоциональная лабильность, например, при истерии, депрессии, мании и т. д.			

РАЗДЕЛ V

ИМЕТЬ И БЫТЬ

Влечение сферы Я. Вектор Sch.

Инстинктивный фундамент жизни Я

Никакого сомнения не вызывает то, что лексикон психоаналитического учения о влечениях больше всего обременен парадоксами термина «влечение Я». Самое особенное, и даже бессмысленное, нелепое в этой паре слов сразу бросается в глаза уже по одному тому, что З. Фрейд объяснял конфликты, приводящие к неврозам, в первую очередь борьбой между сферой Я и влечениями. С самого начала создания психоаналитического учения о неврозах сфера Я и влечения были «официальными» игроками враждующих команд и антагонистами в любом неврозе.

И, тем не менее, складывается впечатление, что в лексиконе Фрейда этот термин, принятие которого изначально подразумевает существование враждующих сторон, отнюдь не противопоставляется другим инстинктивным влечениям, а все они уютненько располагаются рядом друг с другом, словно бы между сферой Я и остальными влечениями не было никакого противоречия. Этот особый парадокс можно понять и логически разрешить только учитывая историческое развитие учения о влечениях Фрейда.

Как хорошо известно, учение Фрейда о влечениях существует в двух версиях. О второй версии, в которой говорится о *влечении к жизни* и о *влечении к смерти*, речь уже была; она постольку имеет отношение к влечениям Я, поскольку — как мы уже объясняли — Фрейд отождествлял влечения к смерти с влечениями Я*.

А первая версия фрейдовского учения о влечениях, как известно, основывалась на двух фундаментальных влечениях: на «сексуальном влечении и влечении Я», причем каждое из этих влечений наделено специфической энергией. Сексуальное влечение питается энергией либидо; а Я-влечение — энергией другого рода, происходящей из не-либидозных источников. К «*влечениям Я*» Фрейд относил, во-первых,

* Freud S. *Jenseits des Lustprinzips* (По ту сторону принципа наслаждения). Ges. Schr., том VI, стр. 245.

влечение к самосохранению, и, во-вторых, побуждение к расширению персоны, то есть, стремление к власти.

С введением Фрейдом в 1914 году понятия «нарциссизм», которое привело к разложению сексуального влечения на «Я-либидо» — нарциссизм и на «объект-либидо», «Я-влечение» (фигурировавшее в качестве второго фундаментального влечения) и дальше противопоставлялось Фрейдом сексуальному влечению, а под самим Я-влечением Фрейд понимал влечение к самосохранению и стремление к власти.

Этой основной идее — что сфера Я тоже имеет инстинктивное происхождение — Фрейд оставался верен вплоть до своей смерти. И даже больше: в своих последних трудах он становится глашатаям наследственного происхождения как общих закономерностей в развитии Я, так и своеобразия форм существования Я, обнаруживаемых у конкретного индивида. Здесь мы можем показать путь Фрейда к созданию учения Я только в общих чертах, ориентируясь на его труды.

1. В работах «Психоанализ» и «Теория либидо» Фрейд пишет в 1923 году, что применение теории либидо к вытесняющей сфере Я является наиболее важным прогрессивным шагом в развитии психоанализа. «Мы пришли к тому, что представляем саму сферу Я в качестве резервуара либидо — называемого нарцисстическим; из этого резервуара черпается энергия для либидозной оккупации объектов, и сюда же она может возвращаться. С помощью такого представления стало возможным приступить к анализу сферы Я, а также предпринять клиническое разделение психоневрозов на две группы: *неврозы переноса и нарцисстические заболевания*». О подлинной активности *деструктивного влечения*, согласно взглядам Фрейда, мы можем говорить только после прочного вхождения сферы «Сверх-Я» во внутреннюю структуру Я, где отныне Сверх-Я может действовать *саморазрушительно*. «Это одна из опасностей для здоровья человека, которой он вынужден подвергнуться на пути культурного развития».

Таким образом, анализ сферы Я начинается в психоанализе с надления Я особой либидозной энергией, то есть включением сферы Я в область влечений, и завершается включением в Сверх-Я деструктивного влечения

2. В труде «Я и Оно» Фрейд представляет сферу Я в качестве одной из частей Оно (сферы бессознательного), той его части, которой удалось измениться под прямым влиянием внешнего мира, опираясь на посредничество целенаправленного восприятия. В связи с этим определением сферу Я можно рассматривать в качестве продолжения дифференциации поверхности Оно, то есть сферы влечений. Конечно, не следует считать, что вся сфера Я инстинктивно-бессознательна. «Кроме всего прочего, сфера Я пытается с пользой для себя учитывать влияние внешнего мира на сферу Оно и на свои собственные намерения, стремясь на место принципа наслаждения, неограниченно царящего в Оно, поставить принцип реальности. На долю восприятия в сфере Я выпадает та же роль, которой в сфере Оно наделяется аление... Сфера Я является не только чем-то поверхностным на кромке Оно, но прежде всего соматическим феноменом, и даже самой проекцией поверхности Оно».

* Freud S. Ges. Schr., том XI, стр. 214

** Freud S. Ges. Werke, том XVII, стр. 72 (Imago Publishing Co. Ltd, London)

*** Freud S. Ges. Schr., том VI, стр. 368-69 (Das Ich und das Es {Я и Оно})

Таким образом, по мнению Фрейда, сфера Я возникает из Оно, то есть из глубин бессознательного, а как известно, на долю сферы Оно выпадает все, что связано с влечениями. Еще точнее мнение Фрейда видно в следующем высказывании: «А одна часть сферы Я, только Бог знает насколько важная часть, оказывается бессознательной, причем безусловно бессознательной»^{*}.

Инстинктивное в сфере Я проявляется и в мероприятиях Я, к которым оно прибегает для защиты от сильных раздражителей.

3. В работах 1937–1938 годов Фрейд занимается проблемой наследственности сферы Я.

Именно в последних своих трудах Фрейд высказывает мнение о том, что определенные черты механизмов защиты Я наследственно обусловлены, и то, что ход развития сферы Я — еще до того, как Я становится достаточно сформированным, — тоже наследственно обусловлен. Так Фрейд пишет: «Но мы не собираемся упускать из виду того, что Оно и Я первоначально составляют одно единое целое. И ни в коем случае не следует считать, что мы придаем слишком большое, мистическое значение наследственности тем, что высказываем предположение, что еще не существующей сфере Я уже предустановлено, какие направления развития, тенденции и реакции оно должно будет проявить позднее»^{**}.

Таким образом, Фрейд говорит не только о наследственной обусловленности развития сферы Я и механизмов защиты Я, но и о первоначальном единстве Я и Оно. Эта новая идея проявилась и в незавершенном «Очерке психоанализа»^{***} (1938), а после смерти Фрейда она побудила американских психоаналитиков к новой ориентации на психологию Я в хартманновской школе (Hartmann H., Kris E., Loewenstein и др.). Во второй главе незавершенного очерка Фрейд пишет следующее: «На наш взгляд, в начале вся находящаяся в распоряжении индивида энергия эроса, которую мы называем либидо, пребывает пока в недифференцированном Я-Оно (sic!) и для нейтрализации деструктивных склонностей»^{****}.

Это последнее высказывание Фрейда о существовании общей «матрицы Я-Оно» побудило Х. Хартманна, с одной стороны, ввести «недифференцированную фазу» психического развития^{*****}, а с другой, усматривать в сублимации не только десексуализацию, как это делал Фрейд, но и «нейтрализацию» энергии влечений^{*****}.

*

Этого вполне достаточно для того, чтобы понять и устранить парадоксальность звучания понятия «влечение Я».

* Там же, стр. 360

** Freud S. Die endliche und unendliche Analyse (Завершенный и незавершенный анализ). 1937 г., том XVI, стр. 86

*** Freud S. Ges. Werke, том XVII, стр. 63–138 (London).

**** Freud S. Abriß der Psychoanalyse. Ges. Werke, том XVII, 1941 г., стр. 72 (London).

***** Hartmann H. Ich-Psychologie und Anpassungsproblem (Психология Я и проблема адаптации) в журнале Int. Ztschr. Ps., 1939 г.

***** Hartmann H. Bemerkungen zur Theorie der Sublimierung (Заметки о теории сублимации) в сборнике Entfaltung der Psychoanalyse (Расцвет психоанализа), стр. 51.

Наше рассмотрение вышеперечисленных проблем оказалось необходимым и плодотворным для «экспериментального анализа Я» по нескольким причинам.

1. Учение о сфере Я в АС — так же как это делал Фрейд в своей первой версии учения о сфере Я — строится на двух полярно противоположных факторах влечения Я, область проявления которых при этом, конечно, намного больше, чем принимается в учении Фрейда; хотя и первоначальные фрейдовские «влечения Я», а именно влечение к самосохранению и стремление к расширению персоны, наряду со многими другими функциями Я — в экспериментальном анализе сферы Я тоже попадают в двойное пространство факторов влечения Я.

Один из факторов влечения Я, который мы обозначаем *k*, является фактором ограничения Я, эгосистолой. Он гарантирует самосохранение персоны посредством адаптации к реальности и особенно посредством эгоидного стремления к обладанию (капитализации).

Другой фактор влечения Я, обозначаемый латинской буквой *p*, является фактором расширения сферы Я, эгодиастолой, и питается он от эгоидного стремления «Быть всем».

Оба фактора влечения Я функционируют в виде сферы Я еще бессознательно, они пребывают в Оно. Единство сфер Я и Оно на материнской почве (матрице) бессознательного является одной из основных гипотез АС.

2. Общность происхождения Я и Оно, декларируемая «генетической теорией влечений», мы связываем с генетической обусловленностью зарождения сферы Я и Оно. Анализ судьбы — опирающийся на идеи Фрейда — рождается в 1937 году в форме генетической теории влечений и сферы Я. Центральное место в этой теории занимает гипотеза о «семейном бессознательном», функционирующем в виде «матрицы влечения-сфера Я», которая в полном соответствии с генетическими законами оказывает влияние как на функции всех влечений, так и на все функции сферы Я¹.

АС с лежащей в его основе генетической теорией сегодня еще неправильно воспринимается в качестве одного из учений, направленных против психоанализа. Таким АС никогда не был. Отчасти в этом повинен тот факт, что АС с самого начала большее внимание уделял наследственности «матрицы влечения-Я», чем это делает классический психоанализ. Связано это с тем, что в общей материнской почве сфер Я и влечений мы обнаружили существование «семейного бессознательного» — которое мы и осваиваем в качестве особой новой неизведанной земли. Четкое разделение бессознательно функционирующих генетических сил в семейном Бсз (бессознательное) от гораздо позднее появляющихся свободно осуществляемых выборов в жизни влечений и сферы Я у конкретного индивида было систематически изложено нами в книге «Анализ сферы Я» в 1956 году.

Мы должны здесь обратить внимание читателя на то, что в 1947 году посредством экспериментального анализа Я — независимо от работ Х. Хартманна — мы пришли к выводу о существовании «автономного Я» и экспериментально выявили его отношения к сексуальным, пароксизмальным и контактными влечениями.

Гипотеза о существовании автономного Я поддерживается обнаруженными нами особыми энергетическими источниками, питающими факторы влечения Я, причем

¹ Szondi L. Analysis of Marriages в журнале Acta Psychologica, том III, № 1, 1937 г

мы полностью отказались от применения теории либидо к пространству Я (как было у Фрейда, Федерия, Нунберга и т. д.). Фактор k является ограничителем («суживателем») сферы Я; его функция, эгосистола, имеет своей задачей противодействие контрфактору p , эгодиастоле, расширению сферы Я. Именно фактору k мы обязаны тем, что сфера Я не будет расширяться до бесконечности (под воздействием контрпотребности эгодиастолы p), а посредством сужения (k -функция) сможет адаптироваться к реальности.

Таким образом, в некотором отношении фактор k в качестве суживателя сферы эго соответствует фрейдовскому «влечению к самосохранению». Инстинктивной силой, питающей эгосистольный фактор влечения, является, по нашему мнению, не либидо, а *унаследованная, генная сила катализации (k -энергия), то есть стремление Иметь*.

Фактор p — как уже говорилось нами — соответствует фрейдовскому стремлению к расширению персоны. Его первоначальная функция, эгодиастола, питается специальной генной инстинктивной энергией « p », *повышающей в людях стремление Быть, расширяющей пространство Бытия вплоть до желания Быть-Всем*. Такое мы называем «*властином, вельможей*» (Potestas)*.

Таким образом, в эгофакторах k и p перед нами вновь предстают «влечения Я» в том виде, в котором они существовали в *первой* фрейдовской версии. Но как мы дальше увидим: это верно только по смыслу. Так как в векторе влечений сферы Я (Sch) пространство действия фактора k занимает гораздо большее место, чем это отводится Фрейдом для влечения самосохранения, а пространство функционирования фактора p заходит гораздо дальше границ, отводимых Фрейдом для расширения персоны, причем это относится как к рамкам психологии Я, так и к рамкам патологии Я. Поименное необходимости введения гипотезы о существовании автономного Я появляется только после внимательного рассмотрения функций двух факторов влечений k и p , а также *четырёх элементарных функций Я*: 1. проекции, 2. инфляции, 3. интроекции, 4. отрицания, и особенно *интегрирующих функций сферы Я* в качестве средства наведения мостов среди всех противоположностей, в качестве Pontifex** *oppositorum* (оппозиций, противоположностей).

Исторической правды ради мы должны еще упомянуть о том, что в выборе двух функций Я: эгосистолы (k) и эгодиастолы (p) мы руководствовались исключительно *психиатрическо-клиническим наследственным кругом шизофрении*, а именно ее двумя формами: кататонией (k) и паранойей (p). Потому эговектор обозначается буквами Sch , а два его фактора — буквами k и p . И только позднее посредством экспериментального анализа Я, проводимого с испытуемыми с различным типом характера, нам удалось выявить физиологические корреляты эгосистолы и эгодиастолы, корреляты, соответствующие двум формам шизофренической болезни. Справедливость выводов, делаемых нашим экспериментальным анализом Я, подтверждает и *первая, энергетическая* версия фрейдовского учения о влечениях, несмотря на различие наших подходов.

* Х. Хартманн тоже говорит о «первичной энергии сферы Я», не пытаясь ее определить точнее (статья «Заметки о теории сублимации»).

** Верховный жрец в Древнем Риме, а еще титул папы (лат.)



А теперь мы можем перейти к более подробному рассмотрению психологического и экспериментального анализа факторов влечения Я: факторов k и p .

ГЛАВА 10

СУЩНОСТЬ ФАКТОРА k .

ЭГОСИСТОЛА: ИНТРОЕКЦИЯ И ОТРИЦАНИЕ

Сущностью эгосистолического фактора k является установка, отношение со стороны сферы Я — одобрение или отвержение. Лучше всего эта функция может быть понята на следующем примере: *присвоение* = *интродекция* ($+ k$) и *отрицание* = *отвержение* ($- k$).

Интродекция: изначальное, бессознательное элементарное стремление сферы Я к захвату, к аннексии, к присвоению и обращению в собственный капитал любых ценных объектов, идей и сокровищ как внешнего, так и внутреннего, духовного мира. Бессознательной конечной целью любой интродекции является капитализация, то есть всегда существовавшее у человека стремление обладать всем, что попадает ему на глаза. В патологической форме стремление обладать всем проявляется в магическом бреде обладания или во «всезнательстве», характерном для определенных форм аутичной шизофрении.

Стремление Я к земному накоплению собственности и недвижимости, материальных вещей, профессиональных знаний и технических навыков, к материальному эгоизму, стремление к интернализации и присвоению всего хорошего, связанного с внешним миром, (Ференци)^{*} к приравниванию объекта субъекту (К. Г. Юнг)^{**}, стремление — подобно каннибалу, хотя и психическим путем — поглощать потерянные объекты любви (З. Фрейд)^{***}, претенденция (обнаруживающаяся у всех людей) заменять неудавшуюся реализацию своих идеальных целей, желаний достичь в жизни тех же высот, что и кумиры, идеалами материальной собственности, и в не меньшей мере — стремление сферы Я гарантировать свое самосохранение и увеличивать материальный эгоизм посредством постоянных *капиталовложений* — все эти мощные и архаичные стремления людей определяются действием *позитивной тенденции* $+ k$, действием интродекции.

^{*} Ferenczi, S.: Introjektion und Übertragung. Jahrb. f. psy. u. ps.-path. Forsch. Bd. I, 1909, S. 422.

^{**} Jung, C. G.: Psychologische Typen, Rascher, Zürich, 1930 S. 640.

^{***} В случае интродекции Фрейд говорит о «психическом каннибализме».

При построении внутренней картины *воспринимаемого нами мира*, любых образов этого мира, как внешних, так и внутренних, в формировании *эго-идеалов собственности и материальных ценностей*, в *капиталовложении*, в *эгоизме и эгоцентризме*, в *материальном нарциссизме и аутизме*, в *идентификации посредством обладания материальными вещами и окружающими людьми*, в формировании *профессиональных и служебных качеств личности*, в формировании так называемой «персоны» (К. Г. Юнг) и *характера*, и не в последнюю очередь — в психических реактивных образованиях (формирующих качества, противоположные первоначальному) и *появлении симптомов* (З. Фрейд) в больном Я — ничто не может обойтись без участия элементарной функции интроекции, без тенденции + *k*.

Интроекция является мостом сферы Я к восприятию внешнего и внутреннего мира. Когда механизм интроекции начинает давать сбой, у человека возникает ужасное отчуждение от внешнего мира и от самого себя.

Негативная функция фактора *k* влечения сферы Я проявляется в виде отрицания, отвержения (— *k*). Ее самая общая функция заключается в том, чтобы говорить «нет», отказывать.

Отрицание является частично бессознательным, частично осознаваемым элементарным стремлением Я к *избеганию, отрицанию, подавлению, отчуждению и вытеснению определенных притязаний влечений, представлений и идеалов, угрожающих самосохранению персоны*. Крайние формы отрицания называются *негативизмом и эгоидной деструкцией*.

Стремление Я отрицать предосудительные побуждения влечений, исходящие из мира Оно, и благодаря этому отказываться приспосабливаться к требованиям окружающего мира, к требованиям морали и Сверх-Я, стремление людей подавлять одержимость любовью и жизненными идеалами, своим величием и желанием всемогущества, естественная тенденция мужчин вытеснять свою женственность, а женщин — мужественность, тенденция всех людей отрицать или игнорировать свое одиночество, требование вытеснять любое чувство инцестуозной любви и ненависти, чтобы с разочарованием приспосабливаться к налагаемым общественным табу, это *реальное стремление Я, социализирующее человека и сохраняющее общество, определяется негативно воздействующей эгосистολической функцией — k*.

Без отрицающей функции фактора *k* не происходит *адаптации, подавления, отчуждения, вытеснения* у здоровых и невротичных людей, а у душевнобольных — *негативизма, отчаяния, деструкции и самодеструкции*.

Таким образом, функция интроекции означает для судьбоаналитика то же самое, что и для классического психоаналитика, но понимание отрицания существенным образом различается. Для Фрейда отрицание было *интеллектуальной, сознательной, оценочной функцией*. «Начать что-нибудь отрицать в наших мыслях в принципе означает следующее: это именно то, что я больше всего хотел бы вытеснить. Осуждение является интеллектуальным замещением бессознательного механизма вытеснения»^{*}.

Классический психоанализ считает, что «отрицание» позволяет осознать вытесняемый материал, но потом все осознанное отрицается посредством интеллектуальной функции осуждения. Применяя теорию либидо к сфере Я, Фрейд утверждает,

^{*} Freud, S. Die Verneinung. Ges. Schr. Bd. XI. S. 4, oder Ges. Werke XIV. S. 15.

что одобрение, то есть интроекция в качестве замещения объединения с объектом любви, принадлежит к влечению эроса, а отрицание — в качестве последствия отторжения — к деструктивному влечению*.

Мы уже упоминали в главах, посвященных сексуальному влечению, что в рамках судьбоанализа обнаружены другие источники эгоидных потребностей, которые рассматриваются в ином контексте. С сексуальным фактором эроса (*h*) связан фактор «*p*» влечения Я, то есть эгодиастолы, а с фактором деструкции (*s*) — негативистический фактор *k*-функции ($-|k$); можно говорить о связях, существующих между сексуальным влечением и сферой Я. Определенные функции интроекции ($+k$) — в полном соответствии с взглядами Фрейда — внутренне взаимосвязаны с садизмом (*s*), в том числе и с оральным садизмом (*m, s*). Но полное приравнивание этих явлений, даже с опорой на теорию либидо, на наш взгляд, будет некорректным. И напротив, имеются эмпирические доказательства существования корреляционных соотношений между факторами $h \longleftrightarrow p$ и $s \longleftrightarrow k$.

В нашем учении о сфере Я отрицание отнюдь не является интеллектуальным, осознанным процессом, посредством которого персона пытается вновь устранить то, что появляется из вытесненного. *На наш взгляд, отрицание является одной из четырех элементарных функций, из которых создается сфера Я, проявляющаяся в разнообразнейших формах. Формами проявления отрицания являются: адаптация, подавление, вытеснение, отчуждение, негативизм, а при чрезмерном накоплении отрицания — всепоглощающая деструкция или аутодеструкция.* Таким образом, в учении о сфере Я, разработанном в судьбоаналитической концепции, отрицание является одной из основных функций бессознательной потребности влечения Я, потребности эгосистолы. То есть стремление говорить «нет» является наиболее присущей всем людям установкой сферы Я, к тому же чреватой наиболее роковыми последствиями. Форма и особенно размеры отказа чаще всего и определяют судьбу не только конкретного человека, но и всего общества.

*

Мы лишь поверхностно охарактеризовали два противоположных стремления в эгосистолическом пространстве фактора *k*, чтобы показать читателю психологическую сущность фактора *k*, *ограничивающего сферу Я*. Следующая наша задача — показать, каким образом из этих двух функций Я — интроекции и отрицания — образуется бессознательная потребность Я — эгосистолы, *радикала обладания* со всеми его возможностями судьбы.

Ограничение сферы Я: эгосистолы

Эгосистолой называется человеческая потребность в ограничении безмерно расширяющегося пространства Я путем его сужения.

* Ebdenda.

Если бы в сфере Я полностью отсутствовал радикал k , то есть эгосистола, то пространство сферы Я у человека могло бы настолько безгранично расширяться, насколько это действительно бывает только у больных, страдающих проективной и инфлятивной паранойей. Радикал k со своей ограничивающей функцией требуется для того, чтобы человеческое Я, а тем самым и сама судьба человечества, не могло акцентироваться лишь на паранойяльных тенденциях.

Эгосистолой называется та дополняющая (комплементарная) контрфункция сферы Я (по отношению к эгодиастоле), которая посредством накладки ограничения гарантирует единство и здоровье сферы Я.

Такое единство достигается, когда эгосистола занимает радикальное положение по отношению ко всем стремлениям, пытающимся безгранично расширить пространство Я посредством партиципации, вторичной проекции или инфляции.

Таким образом, эгосистола является ограничивающей установкой, направленной против безмерного расширения сферы Я. Потому мы и называем эту часть сферы Я оценивающим Я.

В психологии сознания и мышления более раннего периода оценивающее Я называлось «волей», термином, которого из-за его многообразных философских наслоений мы пытаемся избегать в анализе Я. Ранее мы уже обсудили две основные формы оценивания: *интроекцию в виде принятия* и *отрицание в виде отказа*. В качестве третьей формы оценивания можно назвать синхронную бифункцию: *интроотказ*, то есть *одновременное* воздействие интроекции и отрицания, принятия и отвержения, которое проявляется или в виде *навязчивости* ($\pm k$), или *мужского, патриархального «мужского» эго*.

Четвертая вариация, *полное отсутствие определенного отношения Я* на переднем плане ($0 k$), называется *слабостью Я* или *потерей определенного отношения*.

Мы начинаем — в полном соответствии с нашей прежней схемой — анализ этих четырех вариаций.

I. Анализ нулевой реакции k

$0 k$

Так как сущностью эгосистолы является реальное оценивание эго-расширяющих p -стремлений, то становится понятно, почему реакция $0 k$ психодиагностически будет указывать на актуальный отказ проявлять какое-либо отношение, на отсутствие проверки на реалистичность, на недостаточные эго-тормоза по отношению к притязаниям влечений и бытия. В очень редких случаях — например, при психопатии и психозе — в серии исследований постоянно встречается реакция $0 k$. В таких случаях приходится делать вывод о врожденной слабости Я. Эта реакция может иметь следующие следствия:

- а) ничем не сдерживаемую проекцию при проективной паранойе ($Sch 0 -$);
- б) ничем не сдерживаемую инфляцию (расширение сферы я посредством удвоения) при инфлятивной паранойе ($Sch 0 +$);
- с) синхронное доминирование проекции и инфляции (например, при шизофрении) или покинутость у женщины, а возможно, мягкую, женскую эгоидность,

например, у мужчин-гомосексуалистов или у людей с кастрационным комплексом (*Sch* 0 $\pm$);

d) гораздо реже — полную дезинтеграцию или хроническую обращаемость сферы Я (переменчивое, изменяющееся Я), особую лабильность сферы Я, например, у женщин-лесбиянок или при исчезновении Я (*Sch* 00), например, при эпилепсии, в состояниях абсанса (кратковременного отключения сознания), и особенно часто у сексуально распушенных женщин.

Таким образом, «слабость Я» в принципе означает врожденный хронический (или актуальный) дефицит эгосистолы, отказ сферы Я занимать определенное положение и проверять все на реалистичность.

Противоположностью слабости Я (*Sch* 0 0) является полностью интегрированное Я (*Sch* $\pm$ $\pm$), в котором $\pm$ *k*-реакция говорит о «железобетонной мощи» оценивающего Я.

II. Анализ позитивных реакций *k*

$+ k$

a) При избыточности: $+lk$, $+llk$, $+lllk$

Гипертонус эгосистолы всегда указывает на патологическую форму присвоения, интроекции. Когда одновременно с этим обнаруживается реакция 0 *p* (*Sch* +! 0; *Sch* +!! 0; *Sch* +!!! 0), мы должны отнестись к этому с особой серьезностью. Как на переднем, так и на заднем плане эта реакция означает угрожающе (причем нередко опасности подвергаются окружающие люди) большое доминирование эгоизма, матерального нарциссизма и аутизма. Чаще всего эта гипертонусная реакция $+lk$ (с 0 *p*) указывает на то, что в раннем детстве испытуемый интроецировал в свое Я все детали какой-то потрясшей его травматической сцены, став надолго привязанным к детской сексуальной ступени жизни. Поэтому эта редкая картина Я (*Sch* +! 0) наблюдается при фетишизме, садизме, мазохизме и латентном садизме, эксгибиционизме, при полиморфной перверсии, часто сопряженной с сексуальными патологиями. Это доказывает, что фиксация на инфантильной перверсивной ступени сексуального развития произошла в результате интроекции травматического переживания. Отношения гипертонусной реакции $+lk$ к фактору *p* будут понятны после объяснения значений обычных реакций $+k$.

b) Обычные позитивные реакции *k*

Такая реакция является интроекцией в своей самой повседневной форме.

Интроекция: $+k$

Посредством интроекции сфера Я обезвреживает некоторые угрожающие стремления, в частности посредством того, что сфера Я превращает тенденции бытия (*p*) в интересы обладания (*k*). Все, чем хотело бы стать диастолическое Я, можно редуцировать

до материального присвоения и превращения в интересы обладания. Этим опасность расширения в *бытии* защищается безопасным *интересом к чему-нибудь*.

Когда, например, человек хочет стать таким же всемогущим, как Господь, он впадает в безумие. А когда притязания на божественность человек интроецирует в свое Я, делая из инфлятивных тенденций божественности научную заинтересованность мифологией, религией, психологией религии, то посредством этого он защищает приводящую к безумию опасность инфляции посредством присвоения стремлений бытия в *k*-эго. Отныне человек уже не захочет быть Богом; ему будет достаточно того, что он проявляет к Богу особый интерес, становясь мифологом или ученым-религиоведом. Многие выборы профессий обуславливаются интроекцией опасных инфлятивных или проективных стремлений бытия. Вместо стремления сыграть в жизни иную роль (например, желания мужчины быть женщиной, а женщины — мужчиной, или же быть убийцей, как Каин, или преступником, подвергнуться преследованию и т. д.) в результате посредничества эгосистолы возникают приемлемые для общества интересы: гинекология, судебная медицина и психиатрия, и т. д. Поэтому мы называем + *k*-реакцию профессиональным Я.

От многих диастолических стремлений, фигурировавших в качестве судьбы бытия, в ходе жизни приходится отказываться, и они редуцируются до черты характера, запечатлеваются в структуре Я или формируют профессиональные качества и способности. *Формирование характера посредством интроекции на наш взгляд тоже является проявлением бессознательной установки эгосистолы*. Таким образом, эгосистоле посредством интроективной деятельности удастся создавать особые интересы, производить адекватный выбор профессии и формировать специфический характер, ограничивая этим пространство бытия, сохраняя единство и здоровье сферы Я.

Чаще всего эгосистолическая установка состоит в том, что вместо опасного диастолического заболевания Я (паранойя) помещается *относительно* более легко переносимый, не столь антисоциальный, систолически-интроективный симптом. Такая метаморфоза симптомов осуществляется эгосистолой посредством того, что из проективного или инфлятивного симптома — в результате присвоения патологических диастолических стремлений — формируется интроективный симптом болезни. К категории интроективного переформирования относятся депрессивные, мазохистичные, фетишистские симптомы.

Здесь дается лишь краткое описание симультанно действующих реакций фактора *p*. Более подробный анализ мы приводим при анализе векторной картины *Sch*.

а) + *k* в сочетании с 0 *p* (*Sch* + 0) является признаком *латентного доминирования в сфере Я интраекции*. В сфере Я ребенка в первый пубертатный период (5-6 лет) и у подростков — во второй пубертатный период (17-20 лет) из всех элементарных видов деятельности Я чаще всего господствует одинарная функция интроекции. Это та фаза в развитии Я, в которой в него интроецируется знание об окружающем мире, особенно язык и речь;

б) реакция + *k* при + *p* (*Sch* + +) означает, что персона желает не только всем быть (+ *p*), но и все иметь. Это инфантильное, нарцисстическое состояние Я, которое только посредством сублимации в области секса (*S* — —) может представлять хотя и проблемную, но все же социализированную картину Я;

с) реакция + *k* при — *p* (*Sch* + —) представляет собой *аутистично-недисциплинированное, инфантильное Я*, характеризующееся эгоизмом, эгоцентризмом

и физиологическим нарциссизмом. У больных эта реакция указывает на нарцисстическое заболевание в том смысле, о котором говорил Фрейд, то есть здесь имеются в виду депрессия и аутистичная шизофрения с магическим мышлением, при которой спроецированные ($-p$) в Я притязания на обладание ($+k$) переходят границы разумного;

d) реакция $+k$ при $\pm p$ ($Sch + \pm$) обычно означает принятие ($+k$) своей женственности или заброшенности, покинутости, а иногда это признак кастрационного комплекса ($\pm p$); в тяжелых случаях такую эго-картину можно рассматривать как одновременное одобрение проекции и инфляции, то есть одобрение в себе «большого параноика».

III. Анализ негативных реакций k

$$\boxed{-k}$$

a) При избыточности: $-lk, -llk, -lllk$

эта реакция приобретает значение эгоидной деструкции. С точки зрения психологии можно говорить о том, что Персона, которая в своем естественном притязании на любовь и на принятие в качестве равноправного партнера была отвергнута другим человеком, вначале попытается этого человека, воспринимаемого жестоким и идеализированным, присвоить в свое собственное Я ($+k$ — фаза интроекции). Последствием интроекции мучителя будет то, что отныне персона будет обвинять и мучить саму себя, причем именно так, как она обвинялась и мучалась ранее любимым объектом (З. Фрейд). Какое-то время Я еще способно терпеть такой мазохизм. Но потом в результате разрушения первичного доверия (Э. Х. Эриксон)* возникает состояние отчаяния, в котором персона уничтожает все свои ценности. Разрушения в сфере Я вначале переживаются в полном безмолвии и происходят в виде обесценивания любых ценностей мира. Этот процесс эгоидной деструкции мы называем *дезимагинацией* или *иконокластичной** фазой отрицания*. И только после аллодеструкции (деструкции ценностей внешнего мира) разрушению начинают подвергаться личные ценности персоны, приводя к аутодеструкции вплоть до самоубийства. Чаще всего аллодеструкция в сфере Я сопровождается реакциями $+s, +ls$, а аутодеструкция — реакциями $-s, -ls$. Мы уже говорили о том, что в судьбоанализе садизм не рассматривается в качестве «вклада деструктивного влечения» в Я или Сверх-Я, как это принято в классическом психоанализе, а рассматривается в виде двух различных деструктивных процессов, которые хотя и протекают симультанно и взаимосвязаны друг с другом, тем не менее генетически отделены друг от друга, одна форма садизма принадлежит сексуальному пространству, а другая — пространству Я; одна носит на себе импульсивно-сексуальный оттенок, а другая — эгоидно-

* Enkson, E. H.: Das Problem der Identität. Entfaltung der Psychoanalyse, Hg. A. Mitscherlich. Klett, Stuttgart, S. 114 ff.

** Klastisch (греч.) — формирование структуры из разрозненных элементов.

негативистический. Таким образом, оба этих явления проявляются в *деструктивной* форме и феноменологически тесно связаны друг с другом, но по своему происхождению это тем не менее два различных процесса.

Психодиагностически гипертонусная реакция $-1 k$ всегда указывает на опасность для сферы Я. Это, например, негативизм при кататонии, маниакально-депрессивном психозе, мыслях о самоубийстве, бреде с проявлениями эмоциональных взрывов отчаяния или бреде саморазрушения, появляющихся в результате злоупотребления алкоголем или наркотиками.

b) Обычные негативные реакции k

Истолкование этой реакции зависит от положения p .

a) Реакция $-k$ при $0 p$ ($Sch - 0$) является психодиагностическим знаком *вытеснения*.

b) Сцепление двух Я-реакций $-k + p$ ($Sch - +$) указывает на *подавление, заторможенность*.

c) Сплавление $-k$ и $-p$ означает *адаптацию*.

d) Совпадение с реакцией $\pm$ ($Sch \pm \pm$) чаще всего является признаком отчуждения от реального мира, такую эго-картину мы часто обнаруживаем у ревнивых людей.

IV. Анализ амбивалентных реакций k

$\pm k$

Двойная функция Я одновременного одобрения ($+k$) и отвержения ($-k$) играет в психологии Я особую роль.

С одной стороны, это вид защиты посредством сцепления интроекции ($+k$) и отрицания ($-k$), то есть в форме интроотказа, образующего эгопсихологическую основу всех *навязчивых явлений* как в здоровой, так и в больной душе. *Навязчивость в нашем анализе Я рассматривается как сцепление функций интроекции и отрицания*. Интроотказ проявляется в виде навязчивостей. С позиции эго-психологии интроотказ означает, что сфера Я одновременно и одобряет, и отвергает одно и то же побуждение влечения. Таким образом, перед нами — *амбивалентная установка* сферы Я. Эту амбивалентность мы можем объяснить принятием обоих противоположных потребностей одного влечения.

С другой стороны, интроотказ является *мужским* типом установки к противоположным побуждениям влечения или представлениям, взаимно исключающим друг друга.

Особенность мужской установки Я заключается в том, что сфера Я — после проверки на реалистичность — *одно из побуждений влечений одобряет ($+k$), а другое — отвергает ($-k$)*. Я с такой установкой мы называем *Я-мажор* ($Sch \pm 0$) и противопоставляем его *Я-минор** ($Sch 0 \pm$), при которой установка Я отсутствует ($0 k$).

* Как видите, Сонди обращается к музыкальной терминологии. — *Примеч. пер.*

а) При избыточности: 1. $\pm k$ или 2. $\pm k$

мы обнаруживаем в первой вариации доминирование одобрения над отвержением, последнее тем не менее скрыто присутствует.

Вторая вариация позволяет утверждать, что, несмотря на имеющуюся амбивалентность в установке Я, тенденция отрицания ($-k$) воздействует сильнее, чем одобрение ($+k$).

б) Обычная амбивалентная реакция k

Эта картина Я вместе с реакцией $0p$ ($Sch \pm 0$) означает или жесткое мужское Я-мажор или — в том случае, когда амбивалентность проявляется и в трех других векторных пространствах — *навязчивость* в качестве невротического типа защиты. Например:

<i>S</i>	<i>P</i>	<i>Sch</i>	<i>C</i>
± 0	$\pm -$	± 0	$0 \pm$ или
$- \pm$	$0 \pm$	$0 \pm$	$\pm -$

При $+p$ ($Sch \pm +$) установка Я получает уже упоминавшееся значение; сфера Я одобряет одно из противоположных побуждений потребности влечения ($+k$) и допускает это желание до осознания ($+p$), а другое побуждение влечения — отвергает ($-k$). Такой тип установки Я гарантирует индивиду возможность работать и жить.

При $-p$ ($Sch \pm -$) перед нами — защиты проекции ($-p$) посредством навязчивости ($\pm k$); одновременно такая картина Я является картиной *беглеца*.

При $\pm p$ ($Sch \pm \pm$) возникает или полностью интегрированное Я у способного к сублимации человека ($S -$), или предчувствие катастрофы Я, попавшего в беду ($S + +$; $S 0 +$; $S 0 -!$).

ГЛАВА 11

СУЩНОСТЬ ФАКТОРА p (ЭГОДИАСТОЛЫ):
ПАРТИЦИПАЦИЯ, ПРОЕКЦИЯ И ИНФЛЯЦИЯ

Этот фактор сферы Я проявляется в виде стремления к расширению, к диастоле пространства существования, а именно то в форме расширения власти окружающего мира, в форме *аллодиастолы* (партиципация, проекция), то в виде расширения существования своего собственного Я, то есть в форме *эгодиастолы* в узком смысле

(инфляция). Фактор p мы называем еще и диастолическим фактором, «расширителем» существования.

Стремление всех людей быть в тесном контакте с вынашивающей, успокаивающей и заботящейся о нас матерью, постоянно чувствовать ее присутствие, комфортно и уютно жить с матерью в мире, в котором существуют только «Я и Ты», в замкнутом и тесном пространстве существования двоих (дуальность), стремление любую силу жизни — в качестве всемогущества — переносить на мать и самому способствовать совместному всемогущественному *дуальному существованию*, то есть в *действительности* стремление к *партиципации* — арханчному желанию, побуждавшему первобытных людей пережить кровную связь и навечно объединиться со своими тотемными животными, растениями и предками, со своим Богом (*мистическая партиципация по Леви-Брюлю*), стремление *перемещать эту экзистенциальную власть после распада райского еднения с матерью на объекты внешнего мира, то есть проецировать* и этим увеличивать власть окружающего мира, наделяя его *всемогуществом*, а собственные экзистенциальные силы, наоборот, преуменьшать до *беспомощности и бессилия*, стремление осознавать свое одиночество после отделения от матери, понять появившиеся в сознании желания, убедиться в разделении на «Я-мир» и «Ты-мир», а затем захотеть самому быть самым великим и могущественным посредством расширения своего собственного Я (инфляция) — все эти мощные стремления производятся диастолической потребностью влечения Я, фактором p .

В человеческой душе без содействия фактора p не могут обойтись *партиципация и проекция*, как в здоровой, так и в патологической форме, *перенос* и приписывание окружающему миру существующей у нас экзистенциальной силы, *одиночество эго, осознание бывших ранее бессознательными притязаний, стремление быть всем, одержимость амбитенденциями, то есть желанием быть и тем, и другим, формирование идеалов Я*.

Этот фактор является поистине гуманным фактором влечений. Именно он в качестве потребности, присущей только человеку, позволяет осознавать (+ p) бессознательные побуждения влечений (— p). Он наделяет сферу Я экзистенциальной силой для того, чтобы Я оказалось способным обособиться от общей матрицы Оно-Я, противопоставляя себя Оно в качестве *сознательного Я*. Также Я наделяется способностью входить с контакт с «духовным источником».

Таким образом, фактор p во влечении Я является создателем Я, генератором сознания, посредником между душой и духом.

Следовательно, именно фактор p — в неблагоприятных ситуациях, обусловленных как наследственностью, так и окружающей средой, — может *приводить к душевной болезни*, разрушая здоровую связь между душой и духом. Например, не вызывает

* Психологически «одержимость» означает то, что сфера Я заполнена, оккупирована каким-либо комплексом или архетипическим материалом. Одержимость можно приравнять рабству, а сферу Я — цели государственного переворота. В результате наличия ярко выраженных и устойчивых невротических и психотических симптомов человек лишается воли и возможности осуществлять свои решения. Соотноственно величине проникающего автономного психического материала оказывается подавленным сознание, что приводит к выраженной односторонности. А это уже подвергает опасности не только свободу сознания, но и нарушает психическое равновесие. Индивидуальные цели искажаются под воздействием захватывающих власть психических сил, например, материнского комплекса и идентификации с персоной или анимусом/анимой (см. Samuels A., A Critical Dictionary of Jungian Analysis I., 1986).

сомнений, что патологическая проекция ($-! p$) производит все виды проективных психозов, то есть все *болезни, сопровождающиеся бредом, галлюцинации*. А патологическое расширение сферы Я ($+! p$), то есть параноидная инфляция, вызывает так называемую *группу инфляционных болезней*, включающую: 1) *бисексуальную эротоманию*, 2) *манию величия* (мегаломания), 3) *бред обвинения*, клаяузничество (сутяжничество) и 4) *религиозный бред* (теомания).

Мы даже предполагаем, что вообще не бывает душевной болезни, в патогенезе которой фактор p не играл бы одну из решающих ролей хотя бы в начале заболевания.

Несмотря на это, тому же фактору влечения Я мы обязаны наивысшим блаженством человеческого существования: слиянием с матерью, с женщиной, мужчиной и с ребенком, а также возможностью единения с Духом.

*

В качестве энергетического источника диастолической функции Я мы принимаем особую энергию влечения, так называемую *экзистенциальную энергию в качестве власти бытия, в качестве «потестас»* (властелин, вельможа) ($= p$ -энергия), и противопоставляем этот источник обладанию, энергии капитализации ($= k$ -энергия). В соответствии с такой гипотезой диастолическая функция Я заключается в том, что сфера Я свою собственную экзистенциальную силу в самом начале своего существования проецирует на мать. Так возникает эгоидное *«дуальное существование»* матери и ребенка. Вначале Я ребенка существует только вместе с существованием матери, так как две экзистенции Я еще полностью слиты друг с другом (дуальная экзистенция). Позднее сфера Я начинает проецировать ту же самую силу существования на новые объекты уважения или любви. Так возникают вторичные проекции. Экзистенциальная сила может забираться у внешних объектов и присваиваться собственному Я (интропроекция), так бывает у детей в возрастной «период упрямства», а также при аутичной шизофрении и депрессии. В определенных обстоятельствах Я даже способно на то, чтобы принимать в себя экзистенциальную энергию чужих объектов и *присваивать* ее силе бытия своего собственного Я. В результате сила бытия сферы Я патологически расширяется. *Возникают расширение Я, желание быть и тем, и другим, амбивалентности, одержимость противоположными стремлениями, болезненная инфляция, желание быть всем*. Если сфера Я переносит свою экзистенциальную силу на высшую инстанцию, на дух, возникает религиозная партиципация с Богом. Но при любых формах переноса экзистенциальной мощи переносимая энергия на наш взгляд остается одной и той же, а именно, имеющейся в распоряжении сферы Я экзистенциальной силой: *потестас, «р-энергией»*. Четкое отличие этой особой p -энергии от либидо (h -энергии) является причиной того, что мы *принципиально против применения теории либидо к сфере Я* и — подобно Хартманну — допускаем существование «автономного Я с первичной Я-энергией», которая, на наш взгляд, питается из другого источника, нежели либидо.

Рассмотрим различные виды экспериментальных реакций фактора p .

I. Анализ нулевых реакций p

$0 p$

Такая реакция по своей сути означает *устранение* побуждения влечения от возможности его осознания. Форма этого устранения зависит от систолической функции фактора k .

- a) При $0 k$ (в картине Я: $Sch\ 00$) устранение побуждения влечения от возможности осознания сцеплено со слабостью Я, то есть с отсутствием установки Я. Такая ситуация обычно появляется только эпизодически, гораздо реже мы встречаем ее в виде хронической *потери Я* (например, при абсансе или сумеречных состояниях) или в виде *смены Я*, когда прежняя функция Я уже исчезла, а новая еще не выступила на сцену жизни (у лесбиянок).
- b) При $+ k$ ($Sch + 0$) устранение от возможности осознания осуществляется посредством интроекции побуждений влечений. При этом из «бытийной мощи» ($+ p$) формируется энергия обладания ($+ k$); такое, например, встречается при фетишизме, садизме, мазохизме, эксгибиционизме и других интроективных болезнях.
- c) При $- k$ ($Sch - 0$) устранение от возможности осознания происходит посредством *вытеснения*; такой способ эвакуации прежде всего характерен для неврозов переноса.
- d) При $\pm k$ ($Sch \pm 0$) устранение проводится посредством *навязчивости*. Одно из проникнувших в сознание стремлений потребности влечения ($+ p$) присваивается сфере Я ($+ k$), а другая тенденция влечения — чаще всего осуждаемая обществом — вытесняется ($- k$). Такой способ эвакуации является для сферы Я наиболее безопасным способом избавления от запрещенных потребностей Я.

II. Анализ позитивных реакций p

$+ p$

По своей сути эта реакция означает:

- 1) *амбигуэнтности, синхронное желание быть тем, и другим*, а нередко еще и *эротоманию*;
- 2) *одержимость любовью, бисексуальностью, противоречивыми представлениями*;
- 3) *инфляцию, желание быть всем, манию величия*.

Эгодиастройкой в чистом виде является *инфляция* ($+ p$). Мы определяем инфляцию как элементарное стремление сферы Я *быть всем*. Поле Я, в результате притязания на то, чтобы *быть всем*, безмерно расширяется. Здесь действительно возникает

дилатация (расширение) *сферы Я*, что довольно часто неблагоприятно и опасно воздействует на всю судьбу человека. Функционально такое расширение сферы Я возникает в результате того, что *бессознательные* потребности со своими двумя противоположными тенденциями влечений безо всякого сопротивления оккупируют сознание вплоть до одержимости ими. В состоянии одержимости сфере Я уже не удастся воспринимать противоречия проникнувших в сознание противоположных притязаний. Инфлятивное, одержимое Я верит в то, что оно *способно на то, чтобы одновременно быть и тем, и другим* (матерью и ребенком, мужчиной и женщиной, богом и слугой, ангелом и сатаной и т. д.). Инфляция является таким состоянием, в котором непереносимые для него противоречия Я разрешает посредством того, что просто перестает воспринимать их наличие.

Первоначальной причиной инфляции в филогенезе является, по-видимому, желание быть *двуполым* существом, а в онтогенезе — желание одновременно быть матерью и ребенком, то есть сразу *обоими*, а этим — *быть всем*. Под воздействием инфляции ребенок воображает, что в нем синхронно объединяются мощь матери и мощь его маленького существа. И тогда ребенок перестает нуждаться в принесении в жертву своей мощи матери, так как он сам — в результате отнятия у матери экзистенциальной силы — превращается одновременно в мать и дитя. Мы склонны допустить, что акт сосания младенцем пальчика можно рассматривать как символ инфляции, причем пальчик является присваиваемой внутрь душой матери. В результате сосущий ребенок становится *двойным существом*, состоящим из ребенка и матери.

То же самое эгопсихологически происходит при онанизме. Сфера Я мастурбирующего ребенка удваивается (+ р). С одной стороны, это сам ребенок, страстно желающий соединиться с матерью, а с другой стороны — мать, одаривающая ребенка наслаждением. В акте сосания и мастурбации ребенок может удовлетворить как филогенетическое желание достижения архаичного состояния *двуполого* существа, так и — в онтогенетическом аспекте — притязание на символическое единение с матерью. В обоих актах ребенок впервые в жизни переживает состояние инфляции. Он удваивается в сфере Я*.

В патологической форме инфляция появляется у взрослых в виде *наркомании, мании величия* или *мошенничества* с завуалированными целями, иногда даже как умышленное убийство. Все эти состояния Я мы обобщаем понятием *инфлятивного параноида* (эротомания бисексуального вида, мания величия, клеветничество и религиозный бред).

а) При избыточности: +I р, +II р, +III р

Эта экстремальная реакция указывает на опасность безмерного расширения сферы Я, чаще всего на опасность *инфлятивного параноида*. (См. случай 8).

* Об этом см.: Jung C. G. Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten. Reihl, Darmstadt, 1928. S. 37 ff.

б) Обычные позитивные реакции p

- При $0\ k$ ($Sch\ 0\ +$): эта относительно редкая реакция далеко не во всех случаях может истолковываться в качестве патологической инфляции. Но носители этой функции Я всегда будут *одержимыми* людьми, у которых сила сдерживающего контроля над реалистичностью в отношении бисексуальности, любви, мании величия, крайней религиозности отличается чрезмерной слабостью ($0\ k$). Клинические проявления такого Я в решающей степени зависят от сексуальной картины испытуемого.
- При $+k$ ($Sch\ +\ +$) перед нами человек, желающий всем быть ($+p$) и все иметь ($+k$). То есть, человек со стремлением к всемогуществу и с *тотальным нарциссизмом*, такое особенно часто встречается у представителей духовных профессий (учитель, профессор, психолог, педагог по работе с умственно отсталыми детьми, психиатр и т. д.), и особенно среди женщин. В сексуальной патологии это Я означает архаичную форму гермафродитизма.
- При $-k$ ($Sch\ -\ +$) психодиагностически выявляется эго-процесс сдерживания и подавления.
- При $\pm k$ ($Sch\ \pm\ +$) инфляция обезвреживается посредством *навязчивости*. Одно — чаще всего социально-положительное — стремление потрабности ($+p$) одобряется переоной, а другое, способное привести к неприятному и опасному положению, отрицается или вытесняется ($-k$). Сдерживаемое навязчивостью k -эго позволяет персоне — несмотря на свою одержимость — хорошо работать. Чаще всего это психодиагностическая картина переполненного тревогой работника-трудоголика, который не может отказаться от профессиональной деятельности.

III. Анализ негативных реакций p

$-p$

Негативная реакция p имеет несколько значений:

1. *Первоначальная форма партиципации.*
2. *Вторичная — и довольно часто патологическая — проекция* (чаще всего встречается — p в избыточности).
3. Стремление *отыскивать* для бессознательных побуждений влечений *соответствующий (генотропный) объект в окружающем мире*. То есть одно из желаний выкладывается во внешний мир и тогда к этому желанию подыскивается (d) объект. Мы считаем, что любой *поиск объекта* — наряду с фактором d (об этом смотри чуть позже) — опирается на проекцию.

а) При избыточности: $-I p, -II p, -III p$

Экстремальная по количеству проекция имеет следующее клиническое значение:

У примитивных народов* (с $0 k$ или $+k$, то есть, при $Sch 0 -I$ или $Sch + -II$) проекция означает *первоначальную форму мистической партиципации* (Леви-Брюль), единения с тотемным животным, тотемным растением и особенно с тотемным предком. Своя собственная экзистенциональная мощь передается примитивными людьми тотемному объекту, после чего они оказываются приобщенными к его могуществу, чувствуя себя полностью защищенными таким дуальным существованием. Так возникает посредством партиципации то состояние, которое Э. Х. Эриксон назвал *идентичностью Я* или *прадоверием*. В этом на наш взгляд состоит сущность и смысл любой партиципации, независимо от того, будет ли она носить мистическую или реальную природу. Чрезмерное количество проекции указывает на высокую степень мистическо-религиозного объединения с тотемным объектом. Поэтому было бы неправильным видеть в реакции примитивных людей $-I p, -II p, -III p$ патологическую форму проекции. На основе 136 серий исследований, проведенных Э. Перси с представителями примитивных племен в Ламбарене (в лесном госпитале Альберта Швейцера), мы скорее должны допустить, что первобытные люди, живущие в густом тропическом лесу, способны на то, чтобы *в течение всей своей жизни* очень сильно партиципировать со своими тотемными объектами. Но в нашей культуре даже маленькому ребенку в отношениях с матерью это удается лишь на короткое время.

Схожесть экспериментальной картины Я примитивных людей с картинами при проективном параноиде в нашей культуре говорит о том, что наша культура оказалась неспособной предоставить цивилизованному человеку ощущение своей защищенности и прадоверие посредством партиципации подобно тому, как это делают ритуалы и культы первобытных народов. Но стремление к этому продолжает существовать и у культурных людей, что доказывают современные формы партиципации, когда тотемный объект замещается увлечением техникой (радио, телевидение, автомобиль и т. д.) Таким образом культурный человек вынужден предаваться фантомным партиципациям, а также бредовым идеям единства с кем-то или чем-то, когда выносить одиночество становится невозможно.

Рассмотрим второй способ истолкования сверхдавления в проекции, а именно *бредовые формирования и галлюцинации*.

На основании экспериментального анализа сферы Я, проведенного со 180 бредовыми больными, прежде всего на материале Штумпера (собранный в больнице Эттельбрук в Люксембурге, 1956 г.), мы смогли установить, что гипертонус тотальной проекции, как и другие формы проекции в сфере Я, в 84,3% случаев указывают на бред преследования, бред отношений, наблюдения и нанесения вреда окружающими людьми. Галлюцинации мы встречаем у 80% всех бредовых больных, а картина проекции Я достигает при галлюцинациях 82,5%. Естественно, что проективное сверхдавление тем вероятнее будет говорить о *параноиде*, чем больше и чаще встречается ее количественная напряженность в серии психодиагностических исследований и чем чаще это сопровождается $0 k$ или $+k$ ($Sch 0 -II$; $Sch + -II$).

* См. таблицу 20, II-V.

б) Обычные негативные реакции p

1. При $0 k (Sch\ 0 -)$ у детей или инфантильных невротических пациентов мы в первую очередь должны думать о *стремлении к партиципации*, а не о том, что перед нами патологический параноид. О правильности гипотезы о пролонгированном стремлении к партиципации говорят реакции в контактах $C - +$; $C - \pm$; $C - 0$, то есть incestуозная связь.
2. При $+ k (Sch + -)$ эта реакция приобретает различные значения, например, *проявление упрямства* у маленьких детей, а в более зрелом возрасте — *аутистическо-недисциплинированное поведение*; в *бредовой форме* реакция $Sch + -$ проявляется в форме *проективного бреда «обладания всем»*, такое, например, встречается при определенных формах аутичной шизофрении или «бреду неискупимой вины» при депрессивном психозе.
3. При $- k (Sch - -)$ проекция является одним из строительных элементов *вымущтованного Я, приспособления к реальности*.
4. При $\pm k (Sch \pm -)$ проекция приобретает *навязчиво-пароксизмальный* характер приступов, который часто проявляется в форме сбегания от невыносимой внутренней ситуации или от проблем с окружающим миром. Этот процесс мы истолковываем как попытку преодолеть ($\pm k$) силу проекции ($- p$).

IV. Анализ амбивалентных реакций p

$\pm p$

Эти реакции представляют собой одновременно функции проекции и инфляции, имея следующие эмпирически установленные значения:

- а) При *избыточности* в виде $\pm! p$ сила инфляции доминирует над проекцией, а в форме $\pm p$, наоборот, проекция оказывается сильнее инфляции.
- б) *Обычные амбивалентные реакции p*

1. При $0 k (Sch\ 0 \pm)$: *заброшенность Я* после заката дуального существования в едином мире с матерью, позже такое случается после разрыва отношений с партнером. Подобное состояние сферы Я при невротизме указывает на *кастрационный комплекс*, а именно отсутствует *мужская сторона* ($\pm k$) целостного влечения Я; при психотизме эта реакция говорит о формировании *проективного бреда* ($- p$) и *инфлятивной одержимости* ($+ p$), такое бывает, например, в случае гебфреини. У здоровых обычных женщин эта реакция является признаком по-женски мягкого -Я-минор, а у мужчин в таких случаях можно говорить о феминизации сферы Я. (Но на основании реакции $\pm p$ мы не можем ставить испытуемому-мужчине диагноз «гомо-сексуальность».)

2. При $+ k (Sch + \pm)$ амбивалентная реакция p означает следующее:

- персона постепенно начинает допускать ($+ k$) существование в себе заброшенности и пытается посредством интроекции найти замену бросившему ее

- партнеру в профессии, позволяющей полностью отдаться работе с брошенными людьми (воспитательницы Детских садов, детские психологи и т. д.);
- как женщинами, так и мужчинами полностью принимается присущая им женственность;
- удвоенное, нарцисстическое стремление к всемогуществу ($+k, +p$) с одновременной проекцией ($-p$);
- аутично-недисциплинированный ($Sch + -$) способ поведения с одержимыми желаниями ($+p$). (Более подробно об этом смотрите в описаниях картин Я).

3. При $-k (Sch - \pm)$ мы обнаруживаем эго-картину *отчуждения от мира и от самого себя* как в здоровых, так и в патологических обстоятельствах (деперсонализация).

4. При $\pm k (Sch \pm \pm)$ перед нами «интегрированное Я», в распоряжении которого находятся все четыре элементарные функции (проекция $-p$, инфляция $+p$, интроекция $+k$ и отрицание $-k$), чтобы активно защищаться от актуальных опасностей пограничных влечений, а еще это может быть «предчувствующее свою катастрофу Я», максимально напрягающее все силы для защиты, чтобы избежать опасности, пребывающей на заднем плане, опасности потери Я ($Sch 00$); такое, например, бывает перед вспышкой психоза, перед приближающимся приступом и т. д.

ГЛАВА 12

АНАЛИЗ ВЛЕЧЕНИЯ Я, ВЕКТОРА Sch

Соответствует ли влечение Я пяти критериям судьбоанализа?

Первый критерий, а именно *генетическая обусловленность* влечения Я, становится вполне применимым при анализе следующих фактов:

1. Посредством проведения экспериментальной диагностики влечений с 36 монозиготными и 36 дизиготными близнецами одного пола нам еще в 1939 году удалось доказать, что две потребности Я, функции систолы (k) и диастолы (p), представляют собой потребности, которые в 2S–3 раза больше обусловлены генотипом, чем средой. Из восьми факторов влечений, по-видимому, именно на факторе k , то есть на оценивающей функции Я, больше всего сказывается влияние наследственности. Экспериментальным путем исследуя близнецов, мы подтвердили предположение Фрейда, что *путь разлития сферы Я — причем еще до того, как Я будет сформировано — генетически детерминирован*.

2. Далее, экспериментальный анализ Я показал, что путь развития сферы Я — как и вообще любого проявления жизнедеятельности Я — показывает наследственно установленный «круговорот» элементарных функций сферы Я. Фазами этого круговорота будут следующие функции: 1. *проективная (первичная) participation* и последующая *вторичная проекция*; 2. *инфляция*; 3. *интроекция* и 4. *отрицание*. Когда такой порядок следования функций Я нарушается или круговорот в сфере Я

фиксируется на какой-либо одной фазе, тогда перед нами одно из заболеваний Я. К названным четырем генетически предустановленным элементарным функциям Я присоединяются 5. одновременная *интеграция всех функций* и 6. *дизинтеграция*, то есть распад Я. Фазы круговорота в сфере Я, по результатам наших исследований, являются наследственно обусловленными.

3. Предпочитаемая функция, в которой проявляет себя сфера Я, чаще всего носит специфический *семейный* оттенок. Так, например, Ирэн Рюгг-Мартон нашла в серии исследований сферы Я у тройняшек (две монозиготных и одна дизиготная девочка), что у всех трех девочек постоянно было одно и то же Я тотальной инфляции (*Sch 0 +*)*. К подобным результатам чуть позже (1957) пришел Kraus (США), исследуя пару монозиготных мальчиков.

4. Поразительно, что определенные защитные механизмы Я, например, проекция или инфляция, подавление или отчуждение, интроекция или отрицание, навязанность или интропоекция, интеграция или дезинтеграция сферы Я, как клинически, так и психодиагностически вновь и вновь с особенной силой появляются в определенных семьях. Только таким образом становится понятно, что предрасположенность к определенным неврозам или психозам в рамках какой-либо семьи чаще всего проявляется в одной и той же форме. Говорить здесь о «традиции симптомов», как это делал немецкий психоаналитик Александр Мичерлих, было бы, на наш взгляд, лишь бегством от того факта, что речь идет о действительном наследовании специфического вида защиты Я, а не об индивидуально приобретенном типе защиты (о генетической обусловленности Я говорил еще З. Фрейд в 1937–38 годы).

После второй мировой войны в психопатологии невротизма и психозов стало модным утрировать всемогущество психогенеза, словно бы в появлении психических расстройств играют роль одни только психические переживания, вне всякой зависимости от наследственности. Думать так было бы большой ошибкой, поэтому судьбоанализ подчеркивает необходимость «*взаимодополняющей интеграции данных психического и генетического генезиса*» в области психопатологии.

Для соответствия *второму* критерию мы должны обнаружить во влечении *наличие внутренней полярности* двух составляющих влечение потребностей и четырех образующих эти потребности стремлений.

Предыдущего объяснения вполне достаточно, чтобы понять, насколько сильно выражена внутренняя полярность в пространстве влечения Я. Систола (*k*-функция), конечно же, направлена против диастолы (*p*-функции). С другой стороны, в пространстве систолы интропоекция (*+k*) функционально противодействует отрицанию (*-k*), а в пространстве диастолы инфляция (*+p*) противопоставляет проекции (*-p*).

Фактическому положению дел во влечении Я (*Sch*) соответствует и условие *третьего* критерия, *условие существования внутренней напряженности и динамизма влечения*, так как два фактора эго-влечения и четыре тенденции — в качестве элементарных функций Я — явно поддерживают необычайно напряженный динамизм вследствие того, что полярно противоположные тенденции и потребности эго-влечения Я вынуждены постоянно сталкиваться друг с другом.

* Rügge-Marton, Irene: Triebstrukturanalyse bei Drillingen. Szondiana I. Huber, Bern, 1953, S. 186–198.

Очевидно, что влечение Я полностью соответствует и *четвертому* критерию влечения, а именно *физиологическому и психопатологическому*. Мы уже показали, что физиология жизни в сфере Я отличается наличием строгих закономерностей в развитии Я, эти законы генетически детерминируют определенные физиологические шаги развития (партиципацию-проекцию, инфляцию, интроекцию, отрицание, дезинтеграцию). Более того, испанскому психиатру Сото Ярриту^{*} удалось доказать, что частота 16 возможных конфигураций сферы Я у жителей Наварры является почти той же самой, что и у венгров. Это явно говорит в пользу существования физиологической закономерности в жизни Я. Влечение Я, таким образом, полностью соответствует физиологическому критерию. То же самое можно сказать и о психопатологическом критерии. Кататонические и параноидные формы шизофрении являются экстремально-патологическими формами негативистично-систолической и инфлятивно- или проективно-диастолических функций влечений Я. Этот факт необычайной важности был доказан нами еще в 1956 году на большом материале пациентов, страдающих шизофренией.

Пятый критерий определяет влечение наличием *самостоятельного типа наследования*. С позиции психологии влечения Я мы считаем шизофрению как в ее параноидно-проективной (– р: бред преследования) и в инфлятивной форме (+ р: эротомания, мания величия, бред сутяжничества), так и в магическо-аутистичной (+ к) и кататонно-негативистичной (– к) форме *специфическим заболеванием эго-влечения*. Таким образом, доказательство второй части пятого критерия сводится к вопросу о *самостоятельном типе наследования шизофрении*.

В Мюнхенском центре генеалогических исследований Рюдину и Люксенбургеру удалось установить большую согласованность между теоретически ожидаемыми показателями и экспериментальными результатами, говорящими о двухзвенном рецессивном ходе наследования шизофрении^{**}. Исследования моно- и дизиготных близнецов тоже подтверждают факт особой генетической обусловленности появления шизофрении. Коэффициент несогласованности относительно возникновения шизофрении в случае однояйцевых близнецов составляет только 25 %. Безусловно, при этом необходимо одновременно учитывать генетический и психический генезис в рамках научного изучения шизофрении.

На основании перечисленных нами фактов можно считать существование влечения Я доказанным.

*

Нашей следующей задачей будет изложение сущности всех 16 векторных картин сферы Я, то есть 16 «картин Я» в соответствии с известной читателям схемой (см. таблицу 4). Мы будем по порядку истолковывать их, учитывая как физиологические,

* Soto Yarritu, F.: a) El destino humano como problema científico, Navarra, 1953; b) Validierung des Szondi-Testes durch eine Gruppenuntersuchung von 2352 Fällen (Pamplona, Espana). Szondiana II. Huber, Bern, 1955. S. 65–71.

** Rüdin E. Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox. Berlin, 1916; Luxenburger, H.. Psychiatrisch-neurologische Zwillingspathologie. Zib. Neur. 56, 145.

так и патологические формы проявления. Но вначале нам придется вкратце объяснить различие понятий «картина Я» и «механизмы защиты».

Картиной Я называется *актуальная, клиническая или характерологическая картина проявлений* соответствующей функции сферы Я. Картина Я как бы является особым способом проявления активности сферы Я. Под *механизмами защиты Я* мы вместе с Э. Фрейдом понимаем особые формы, посредством которых сфера Я пытается защититься от различных опасностей влечений. Простые функции, как и сложносоставные тенденции, имеют, таким образом, два аспекта истолкования: 1. *клинико-феноменологический (картина Я)* и 2. *функциональный, защитно-технический*. Так, например, $Sch + -$ в качестве картины Я называется *аутистичным Я*, а в качестве механизма защиты Я — *интропроекцией*. Или $Sch \pm 0$ в качестве картины Я называется «навязчивым Я-мажор», а в качестве механизма защиты Я — *интроотказом*. Во всех 16 векторных картинах пространства Sch мы должны учитывать оба способа интерпретации.

1. Одинарные тенденции в векторе Sch

Вариации	I	II	III	IV
На переднем плане: $Sch =$	+ 0	0 +	- 0	0 -
На заднем плане: $Sch =$	- ±	± -	+ ±	± +

$$Sch_1 \begin{matrix} k & p \\ + & 0 \end{matrix}$$

Вариация I

Тотальная интроекция

Эгоизм, эгоцентризм

Нарциссизм, жажда обладания

С *позиции психологии Я* тотальная интроекция означает, что оба противоположных стремления какой-либо потребности устраняются от осознания (0 p) и оба присваиваются сфере Я в качестве объектов обладания (+ k). Иначе говоря, *власть бытия замещается властью обладания*.

С *позиции онтогенеза* эта картина Я означает то, что ребенок уже прошел и партиципацию раннего детства, и провоцируемую ей фазу инфляции. Вместо прежних форм бытия в единении и желании быть всем у ребенка появляется противоположная потребность, желание *все-все иметь* (примерно в возрасте 4–6 лет). Прежде эмпатичный, стремящийся слиться с матерью, переполненный любовью ребенок начинает превращаться в эгоистичное, эгоцентричное, нарциссическое существо, сконцентрированное на желании обладать. Это период зарождения стремления к капитализации, период, из которого некоторым людям так и не удается выйти. По-видимому, эта картина Я часто начинает появляться во времена выбора профессии (17–20 лет) и в период профессионального роста (21–30 лет).

У *взрослых людей* тотальная интроекция означает так называемое *профессиональное Я*. Личность преодолевает свои партиципативные и инфлятивные притязания

«быть всем» таким способом, который позволяет ей свои возможности «быть всем» превратить в профессиональный объект или *профессиональную атмосферу*. Желание быть замещается желанием иметь. Если человек вначале жизни был сильно привязан к двойному существованию с матерью, а после того лелеял инфлятивные идеи величия, или бисексуальности, эротоманические побуждения, то в профессиях воспитательницы детского сада, учительницы, педиатра, или детского психолога, детского психиатра, психоаналитика, психиатра и т. д. ему удастся социализация p -притязаний. Любой вид опротропизма появляется в результате тотальной интроекции, причем упомянутые здесь профессии предпочитают в большинстве случаев.

Клиническая психология: 1. *Сексуальные отклонения*, которые появляются путем блин-интроекции заряженного аффектами травматического переживания. В качестве таковых значатся: фетишизм, эксгибиционизм, визионизм, садомазохизм. Если человек присваивает заряженные аффектами переживания в сферу своего Я, он начинает постоянно искать ту же самую первичную ситуацию. 2. *Депрессия, но только в интроективной фазе*. 3. *Аутистическая шизофрения* с космическим и магическим бредом всемогущества. 4. *Эпилепсия* после пережитой параноидной фазы. 5. *Люди, страдающие неврозом навязчивости*, у которых посредством психотерапии или спонтанно устранено вытеснение провоцирующих болезнь притязаний (садизм, анальность, гомосексуальность). (Перед этим существовала навязчивая картина Я $Sch \pm 0$). 6. Зафиксированными на этой ступени могут оставаться интеллектуально неполноценные люди.

Черты характера, которые связаны с тотально-интроективным Я, будут следующими: 1. *экстраверсия* — направленность интересов вовне; 2. *позитивизм, рационализм, сухость и трезвость*; 3. *холодность, жесткость, строгость*; 4. *стремление к знаниям ради того, чтобы еще больше увеличить свою способность обладать*; 5. *излишнее стремление к формализму, логике, аккуратности и порядку*; 6. *бесчувственность или холодность чувств*; 7. *эгоизм, напоминающий эгоизм маленького ребенка*; 8. *корыстолюбие, жадность*; 9. в любых жизненных ситуациях полная концентрация на себе, *Я-центрированность*; 10. *самоуверенность и упрямство*; 11. *аутизм*; 12. *реактивные образования* в сфере Я (в том смысле, который им придавал Фрейд); 13. *самоизоляция, стремление к уединенности*.

Криминально-психологически наибольший интерес представляют *преступления против нравственности и собственности*.

Комплементарной картиной Я тотальной интроекции ($Sch + 0$) является отчуждение ($Sch - \pm$). Обе картины вместе составляют целостное Я ($Sch \pm \pm$). Заднеплановая функция Я в форме отчуждения эпизодически (иногда вместе с воздействием «проводника»), может служить серьезной помехой для желания обладать. Человек, который, казалось бы, взял твердый курс на обладание всем миром, вдруг, причем иногда совершенно внезапно, становится неуверенным, ему начинает казаться, что завоеванный им мир уходит из под его власти. (Более подробно см. описание отчужденного Я).

$$Sch_2 \begin{matrix} k & p \\ 0 & + \end{matrix}$$

Вариация II

Тотальная инфляция

Удвоение Я

Амбивиденциозность

Одержимость

Неудержимое влечение стать могущественным

С позиции психологии Я мы уже объясняли в другой работе (в книге «Анализ сферы Я»), чем является тотальная инфляция. Это второе, естественное следствие заката первичной *партиципации с матерью*. Известно, что эгоинфляция заключается в том, что лично для себя при отделении от матери индивидум от ее жизненной силы отрывает значительную долю могущества, удваивая этим свою собственную мощь существования. Потому здесь появляются амбитенденции — желание быть и тем, и другим (матерью и ребенком, мужчиной и женщиной и т. д.) Но инфляция означает не только удвоение, но и желание *быть всем*. Обусловлено это отсутствием систолической, ограничивающей *k*-функции ($0\ k$), во всяком случае, по сравнению с инфляцией она довольно слаба. И тогда по ошибке сфера Я решает, что она может почти безгранично расширяться. Здесь существует большая опасность для сферы Я.

С позиции онтологического развития мы уже упомянули, что сосание пальцев и *мастурбацию* маленького ребенка мы рассматриваем в качестве первоначальных форм удвоения Я и эгоидной одержимости. Младенец в сфере Я является одновременно и матерью, и ребенком. Потерянное, райское, двойное существование с матерью, когда ребенок находился в ее утробе, начинает возмещаться фантазийным миром, в котором ребенок играет сразу две роли, являясь и матерью, и ребенком. Этот процесс мы можем очень часто наблюдать и у взрослых людей, заболевших неврозом. А в нормальных обстоятельствах — после пубертатного периода — такое расширение сферы Я происходит в состоянии влюбленности (это может быть и бисексуальная любовь), при одержимости высшими поэтическими, философскими, научными или религиозными идеями, которые все в своей основе расширяют сферу осознаваемых желаний и призваны для того, чтобы заместить первичную *партиципацию с матерью*. В таких случаях мы должны говорить о *физиологической инфляции*, особенно когда это касается пробудившихся в духовной активности индивидов в возрасте 20–40 лет.

Клиническая психология: 1. *инфляционный бред* (эротомания, мания величия, сутяжничество, религиозный бред) при паранойе (особенно при избыточности: $Sch\ 0 + I, 0 + II, 0 + III$); 2. *психоз с идеями ревности* (здесь может быть и $Sch - \pm$); 3. *латентная би- и гомосексуальность*; 4. *паранойя на основе эпилепсии*.

Черты характера, связанные с тотальной инфляцией: 1. склонность к цельности в ведении жизни; 2. стремление к самосовершенствованию; 3. склонность к изобретательству и творчеству; 4. стремление господствовать; 5. тяга ко всему эзотерическому; 6. фанатизм, мечтательность, увлеченность; 7. пассивная форма идентификации в жизни; 8. экзальтированность; 9. амбитенденциозность; 10. сектаизм; 11. коварство, склонность к интригам; 12. надменность, зазнайство, гордость; 13. клезушничество, сутяжничество, придирчивость, вечное недовольство всем; 14. склонность к соперничеству; 15. лабильность, склонность ставить завышенные цели.

Криминально-психологически: 1. убийства под влиянием сильных аффектов; убийства из ревности.

Комплементарной судьбой инфлятивного Я будет пароксизмальное Я беглеца ($Sch \pm -$). Потому мы часто обнаруживаем у инфлятивных людей стремление путешествовать.

Sch_3	k	p
	$-$	0

Вариация III
Вытеснение
Невротическое Я

Спозиции психологии Я при вытеснении в жизни эго-сферы происходит следующее:

1. Оценивающая функция (k) подавляет побуждения влечений, проникнувшие в сознание, причем устраняются они оттуда с огромной силой. Потому мы и видим тут реакцию $0\ p$.

2. Эвакуация запретного побуждения влечения из области осознания может поддерживаться только до тех пор, пока сохраняется систолическое вытеснение ($-k$). Потому мы и встречаем при невротическом вытеснении почти постоянную *негативную* реакцию $-k$ во всем эксперименте из десяти серий. К экспериментальной эго-психологии вытеснения еще относится тот факт, что картина вытесняющего Я — причем довольно часто в той же самой серии из десяти экспериментов — замещается картиной подавления: $Sch - +$; перед нами экспериментальное доказательство того, что запретная потребность еще до (а часто и после) вытеснения действительно оккупировала сознание ($+p$).

Спозиции психологии развития экспериментальному анализу Я удалось подтвердить гипотезу З. Фрейда, касающуюся того, что маленькими детьми прежде всего вытесняется их сексуальность. Вытесняющее Я появляется уже в первом пубертатном периоде (в 3–4 года), в препубертате (в 9–12 лет), в период наступления психической зрелости (17–20 лет), то есть во время сексуальных кризисов.

Клиническая психология вытеснения в первую очередь охватывает всю область неврозов, а также часть области психозов.

В случае *неврозов* эго-функция вытеснения является ведущей при 1. *фобии* в качестве проявления истерии страха, 2. при *конверсионной истерии*, 3. при большинстве *сексуальных расстройств* с нарушениями полового развития.

Среди психозов вытесняющее Я встречается при:

- кататоническом *негативизме*, чаще всего в избыточности ($-!k$, $-!!k$). Такое сверхдавление отрицания мы истолковываем следующим образом: при кататонической форме шизофрении больные должны максимально «давить на тормоза» отрицающего Я, чтобы защититься и спастись от невыносимого для них *параноидного бредового мира, от безумия, иллюзий и галлюцинаций. За последние десять лет нам удалось полностью подтвердить взгляды, высказанные нами в 1947 году (в 1 издании этой книги), в соответствии с которыми кататония является процессом спонтанного самоизлечения паранойи* — подобно тому, как мания является попыткой сферы Я излечить депрессию;
- *алкогольным делирием, аутоанатомией**, бреде убийства и разрушения. Вытеснение в избыточности чаще всего является достоверным признаком существования латентного саморазрушения, особенно у кандидатов на самоубийство.

* Бред саморазрушения, наиболее частое клиническое проявление деструктивного бреда с отчуждением от окружающего мира.

Черты характера, связанные с вытесняющим Я: 1. «торжественная» речь, посредством которой пытаются завоевать собеседника; 2. стремление казаться внешне сильным, стремление скрыть свою чрезмерную мягкость; 3. склонность к моральному мазохизму; 4. склонность к преданности и самопожертвованию; 5. постоянное чувство дискомфорта, страх пред миром и пред собой; 6. эстетичность; 7. видимость склонности к этике, религии, искусству, гуманитарным наукам; 8. речевая одаренность, музыкальность; 9. постоянный поиск нового, несмотря на крепкую привязанность к старому; 10. редко реализуемые врожденные таланты.

Криминальная психология: вытесняющая картина Я встречается у воров и бандитов (у одного из самых «бывалых» воров обнаружилась картина $Sch - 110$). На предварительном заключении эти воры и бандиты, конечно же, вынуждены подавлять свойственное им стремление обладать (+lk). (Здесь обнаруживается необходимость истолковывания сферы Я, находящейся на заднем плане.)

Комплементарной картиной вытесняющего Я ($Sch - 0$) является Я, которое принимает свою заброшенность или женственность ($Sch + \pm$). Это обстоятельство обращает наше внимание на то, что некоторые «вытеснители» на самом деле вытесняют свою тенденцию к принятию собственной женственности, пребывающей на заднем плане. На заднем плане мы видим $\pm p$ — женственность, $+k$ — принятие. На переднем плане $Sch - 0$ — вытеснение «слеодохода». С позиции диагностики влечений это действительно имеет важное значение, так как некоторые латентно-гомосексуальные мужчины, как и женщины-лесбиянки, дают в тестовом профиле переднего плана картину вытеснения. Необходимо учитывать наличие комплементарного «слеодохода», чтобы избежать ошибок при работе в рамках диагностики влечений. Поэтому в динамической диагностике влечений подчеркивается важность двухмерной техники истолкования, то есть одновременного истолкования как на основе проводника (VGP), так и на основе теоретическо-комплементарного профиля (ThKP).

Sch_4	k	p
	0	-

Вариация IV
Тотальная проекция
Партиципация
Параноидное Я

С позиции эго-психологии эта картина Я представляет собой наиболее раннее состояние в жизни Я. На наш взгляд, это праформа сферы Я: *партиципация, начальное дуальное существование с матерью*. Естественно, что эта реальная партиципация функционально состоит в проекции ($-p$), не сопровождающейся никаким осознанием ($+p$) и какой-либо оценкой ($0k$). Мы уже говорили о том, что маленький ребенок при партициптивном единении и тождестве (идентичности сфер Я) с матерью переносит на эго-сферу матери свою собственную экзистенциальную мощь и происходит это в особой форме единения — в форме дуалюньон. Так называемое чувство безопасности и покоя возникает в результате безраздельной поглощенности ребенка этой удвоенной мощью.

В результате объединения двух экзистенциальных сил, в результате взаимного переноса тенденций всемогущества, то есть в результате *проецирования* ребенком своей экзистенциальной силы на мать, как и обратно, с матери — на ребенка, такое

двойное существование становится мощнейшей защитой от любых возможных угроз и опасностей со стороны внешнего мира. Перед нами не разделившийся, спаренный мир «Я и Ты», в котором еще не произошло расщепление миров на отдельные «Я» и «Ты», то есть еще не успел наступить дуализм (А-дуальная фаза по Пиаже). Мы склонны придерживаться мнения, что тяга Я к единению и родственности, объединению и тождеству с материнским Я является наиболее гуманным стремлением у людей. Это стремление владеет всей жизнью человеческого Я от рождения до смерти, никогда не прекращая оказывать воздействие на эго-сферу. *Стремление к партиципации является важнейшей эго-тенденцией, присущей людям.* Трагичность судьбы Я у конкретного человека мы усматриваем в следующих обстоятельствах:

- Современная культура и цивилизация создает все больше и больше помех на пути удовлетворения притязаний на партиципацию; если первобытный человек, обитая в девственных лесах, еще мог беспрепятственно удовлетворять свои притязания на партиципацию в мистическо-религиозной форме единения с тотем-объектами, то окультуренный ребенок *слишком рано* отлучается от материнской груди и от защищенности дуального существования.
- Наше общество стало неспособным на то, чтобы посредством соответствующих замещающих объектов удовлетворять притязания на партиципацию. В этом уменьшении шансов на удовлетворение партиципативного стремления мы усматриваем «злокачественную опухоль» современного мира.

Таким образом, с позиции онтогенетического развития тотальная проекция является *первой*, еще неограниченной ступенью в развитии сферы Я. Мы полагаем, что необходимость дальнейшего развития сферы Я посредством включения в нее новых функций Я возникает в результате того, что *претропекция — партиципация — становится невозможной для Я.* После «заката» первичной партиципации начинается так называемая *вторичная проективная фаза сферы Я*, в которой маленький ребенок — еще до появления у него речи — посредством рева и агрессии (кусания груди) без слов начинает «упрекать» мать за то, что она покинула его. *Здесь, на наш взгляд, начинается параноидизация человеческого рода, возникающая в результате сокращения периода, позволяющего матери и ребенку пребывать в состоянии партиципации.* Параноидизация человечества быстро нарастает в ходе развития цивилизации. В таблице 28 (в 1 издании учебника) показано, что дальнейшие шаги развития сферы Я также являются последствиями разрушения партиципации и что с годами меняются только виды защиты от одиночества. У маленьких детей, интеллектуальное развитие которых позволяет проводить с ними тестирование, в период между 3 и 8 годами, мы чаще всего находим картину тотальной проекции. С позиции эго-психологии, как у детей, так и у взрослых, Sch 0 — прежде всего означает желание эгоидной защищенности, единения с матерью, первичное доверие, то есть стремление к партиципации. В старческом возрасте эта первоначальная картина Я начинает опять появляться чаще (в 80–90 лет), скорее всего потому, что сила установки Я против проекции с возрастом постепенно становится меньше. А с этим связано появление «физиологического параноида» у пожилых людей.

В клинической психологии часто появляющееся проекционное Я означает:

1. *Проективный параноид* у взрослых людей, и особенно при сверхдавлении, чаще всего он проявляется в бреде (преследования, отношений, ущерба, наблюдения) и в галлюцинациях. Но и без сверхдавления — тогда, когда *Sch 0* — появляется часто и вместе с другими симптомами расщепления (*S + -*; *P 0 -*; *+ -*; *Sch 0 -*; *C + -*; *0 -*), скорее всего, придется поставить диагноз «проективный параноид».

2. Тотальную проекцию мы также находим при тяжелых *неврозах с проблемами признания их другими людьми* (*+ |m, + ||m*):

<i>Sch</i>	<i>C</i>
0 -	- +!
	0 +!!

Здесь упреки и обвинения в адрес матери и ближайшего окружения не достигают степени бредовых образований, человек может останавливаться перед границей психоза. В случае с *кастрационным комплексом* становится ясно, что и здесь постоянное стремление к *партиципации* приводит к *неврозу принятия*.

3. Комбинация *параноида с эпилепсией*.

Характерологические черты, связанные с тотальной проекцией: 1. инфантильное стремление к *партиципации*; 2. чувство неполноценности (микромания); 3. недоверие; 4. затаенная обида и скрытая враждебность; 5. страсть к спорам и сварливость; 6. хитрость; 7. склонность увлекаться медитацией и *окультизм-мистическими науками*; 8. вечный поиск объекта *партиципации* — в реальном или бредовом мире, с которым пытаются стать идентичным, единым и тождественным. Так как это не удается, такие люди одиноки и постоянно винят окружающих. Они также часто страдают расстройствами *параноидного типа*.

Криминально-психологическое, судебно-психиатрическое значение: картина *проективного параноида* была обнаружена Вальдер (1952), Вурмсер (1959)* и мной (1947, 1952) у полиморфно-перверсивных уголовных преступников, бандитов, грабителей (убивающих ради наживы) и убийц, совершивших преступление под влиянием сильных аффектов. В качестве соответствующего *комплементарного эго-состояния* здесь будет *одержимое навязчивой работой Я* (*Sch ± +*), свидетельствующее о том, что наиболее универсальным путем излечения *параноида* является социализация посредством навязчивого ухода в работу.

2. Двойные тенденции в векторе *Sch*

а) горизонтальное деление: *сплавление*

Вариации	I	II
На переднем плане : <i>Sch =</i>	+ +	- -
На заднем плане : <i>Sch =</i>	- -	+ +

* Wurmser L.: Raubmörder u. Räuber. Kriminalistik, Verlag für kriminalistische Fachliteratur, Hamburg, 1959.S. 130 ff

$$Sch_5 \begin{matrix} k & p \\ + & + \end{matrix}$$

Варнация 1

Интроинфляция

Всемогущество и обладание всем

Тотальный нарциссизм

Сфера Я, наделенная тотальной властью

С позиции эго-психологии эта картина Я указывает на существование двух форм власти: 1. посредством желания быть всем (+ p), 2. посредством желания обладать всем (+ k). Удвоенные притязания на власть наделяют сферу Я как в бытии, так и в обладании повышенным нарциссизмом, причем в довольно опасной форме (тотальный нарциссизм). Правда, этот вид нарциссизма оказывает на судьбу человека и его окружения менее опасное влияние, чем в тех случаях, когда жизнью сферы Я без какого-либо интервекторного управления полностью овладевают инфляция ($Sch\ 0 +$) или интроекция ($Sch + 0$). В случае интроинфляции одержимость смягчается посредством того, что часть инфлятивных притязаний на желание кем-то стать сфере Я пытается каким-либо образом осуществить материально. С другой стороны, при интроинфляции материальное Я никогда не овладевает миром посредством насилия, так как односторонней материализации сферы Я противодействует идеальная или духовная инфляция. В этом смысле интроинфлятивное Я представляет собой сплавленные тенденции. Однако достигает своих целей такое Я только в случае удавшейся сублимации сексуальности (то есть вместе с $S - -$ или $S - 0$); это возможно в интеллектуальной деятельности психолога, врача, психиатра, писателя, а также в духовной активности, когда пытаются реализовать властолюбивые реформаторские идеи. Если сублимация сексуального влечения не удалась ($S + 0$, $S + 1 + 1$, $S + 1 \pm$, $S + \pm$, $S \pm \pm$, $S + 1 - 1$, $S\ 0 - 1$ и т. д.), то сплав тенденций в Я будет плохо защищать человека от опасности тотального нарциссизма.

С позиции возрастной психологии нужно сказать, что такая тотальная картина власти появляется у 20–30-летних людей в два раза чаще, чем среди всего населения. Несколько чаще тотальный нарциссизм, то есть стремление всем быть и все иметь, появляется также во второй пубертатный период (12–16 лет), особенно в его конце. В пожилом возрасте это стремление почти полностью исчезает, уступая свое место тотальной проекции.

Клиническая психология интроинфляции: 1. параноидная шизофрения у подростков с ирреальными идеями власти и бессилия; 2. моральная неустойчивость — психопатия с чертами шизомании или шизодепрессии. 3. Пароксизмальные заболевания с так называемым «кашиновым комплексом»: мигрень, атипичные приступы и различные эквиваленты эпилепсии; 4. предрасположенность к сутяжничеству; 5. психический гермафродитизм, возможно, трансвестизм.

Характерологические черты: 1. тенденция к гуманизации; 2. мучительность любого выбора, принятия решения; 4. интеллектуальность с очень высоко поставленными целями и завышенным эго-идеалом, эстетство; 5. эгоцентризм, нарциссизм; 6. несмотря на то, что это в высшей степени порядочные люди, с ними невозможно подолгу оставаться наедине; 7. недовольство; 8. неподверженность никаким влияниям; 9. отсутствие порядка; 10. быстрый переход от доверия к недоверию.

Криминально-психологического, судебного значения интроинфляция почти совсем не имеет, так как Я тотальной власти показывает большую предрасположенность

к сублимации. Вальдер (1952) встретил это Я у эксгибициониста с латентной гомосексуальностью и у одного бандита-мясника с $S - -||$. Мы нашли интроинфляцию у военного преступника.

Дополняет эго-картину интроинфляции вымуштрованное или адаптированное Я ($Sch - -$).

Sch_6	k	p
	-	-
	-	-
	-	-
	-!!!	-

Вариация II

Отрицание проекции

Приспособление

Вымуштрованное Я

При избыточности: деструктивное Я

С позиции эго-психологии отрицающее проекцию Я представляет из себя самое обычное, повседневное человеческое Я, которое, несмотря на то, что оно выкладывает в мир свои притязания влечений, то есть хотело бы их реально удовлетворить в окружающем мире ($-p$), тем не менее вынуждено отказаться от спроецированных притязаний, на что вынуждает оценивающее Я ($-k$). Перед нами безликое, безрадостное Я, вымуштрованное на извечные отказы от удовлетворения своих желаний, что позволяет обществу и государству пребывать в прежнем состоянии. Таким образом, приспособление означает отказ от спроецированных желаний. А если отрицающая сила слишком велика, то постоянно существует опасность авто- или аллодеструкции ($Sch -| -$, $Sch -|| -$, $Sch -!!! -$).

С позиции психологии развития приспособление достигает своего пика на 5-м десятке лет. Естественно, реже всего вымуштрованное Я встречается у детей младше двенадцати лет.

Клиническая психология вымуштрованного Я начинает привлекать к себе внимание вместе с чрезмерным количеством k :

1. мания ($Sch -| -$, $Sch -|| -$ с $S + +|$, $S + +||$ и т. д.);
2. прогрессивный паралич, часто с избыточностью в $-|p$;
3. деструктивная кататония ($Sch -|| -$, $Sch -!!! 0$);
4. страх и конверсионная истерия (гораздо реже);
5. суицидальные мысли (при $C - -$).

Характерологические проявления:

1. неразборчивость в половой жизни, постоянная готовность вступить в половой контакт ($S + +$, $+| +$, $+ +|$);
2. такого человека нельзя назвать ни плохим, ни хорошим, он дисциплинирован сам и любит муштровать любого, кто находится «ниже» его;
3. его мир отличается реалистично-серыми тонами, ярких красок здесь не встретишь, нет и намека на существование какого-либо идеала; по-видимому, он посвятил свою жизнь работе, но только из-за вымуштрованности;
4. во времена революций его Я резко переворачивается и начинает стремиться к власти, чтобы удовлетворить желание быть всем и обладать всем, У вымуштрованного человека на заднем плане всегда обнаруживается ожидающее своего часа Я ($Sch + +$).

Криминально-психологический интерес опять же может представлять только картина вымуштрованного Я с повышенным количеством в *k*- или *p*- или сразу в обоих эго-факторах. Н. Walder (1952) нашел *деструктивную* форму отрицания проекции у воров и эксгибиционистов, а мы обнаружили ее у 68-летнего пекаря, пьяницы и детоубийцы.

В судебной экспертизе всегда необходимо помнить о том, что в случае деструктивного отрицания, проекции люди, находящиеся на следствии или в заключении, выставляют на задний план присущее им *Я преступника: Sch + | +, + | +, + | +* и т. д.

b) Вертикальное, навязчивое деление влечения Я

Вариации	I	II
На переднем плане: <i>Sch =</i>	± 0	$0 \pm$
На заднем плане: <i>Sch =</i>	$0 \pm$	± 0

$$\boxed{Sch_7 \begin{matrix} k & p \\ \pm & 0 \end{matrix}}$$

Вариация 1
Интроекта
Механизм навязчивости
Мужское Я-мажор
Навязчивое Я

С позиции психологии Я для выявляемого в эксперименте навязчивого Я характерны следующие процессы: грозящая опасностью потребность устраняется из сознания (0 *p*) таким образом, что одно из стремлений — чаще всего социально-негативное — вытесняется (— *k*), а противоположное ему — социально-позитивное — присваивается сфере Я и характеру (+ *k*).

Так, например, от осознания посредством вытеснения могут устраняться садизм, анальность, анальный садизм и т. д., а вместо них в характере человека появляются противоположные качества: милосердие и безмерная чистоплотность.

Таким образом, в механизме защиты навязчивостью в качестве форм защиты одновременно воздействуют две функции Я:

- вытеснение: $Sch - 0$
 - интроекция: $Sch + 0$
- $$\left. \begin{array}{l} \\ \end{array} \right\} Sch \pm 0$$

Потому мы и называем механизм навязчивости интроектазом.

С позиции возрастной психологии навязчивость достигает своего пика во второй пубертатный период (13–16 лет), частично навязчивость сильно сказывается в первый пубертатный период (3–4 лет), в допубертатный период (9–12 лет) и в долатентный период (5–6 лет), то есть всегда в те периоды, когда агрессия и анальность наиболее выражены и осуждаются со стороны окружающих людей.

Клинической психологией доказано, что эта картина Я является наиболее часто встречающейся эго-функцией при следующих заболеваниях: 1. *невроз навязчивости с навязчивыми действиями*; 2. *ипохондрия*; 3. *конверсионная истерия*; 4. *навязчивый бред при психозах*.

Характерологически интроотказ обосновывает ярко выраженные черты навязчивого характера: 1. гипер-этический, гипер-эстетический стиль поведения: бескорыстие, самоотверженность, сострадание, сочувствие, жалость, добросовестность, справедливость, порядочность, чистоплотность, пунктуальность, любовь к порядку, педантичность; 2. повышенная чувствительность и сентиментальность; 3. колебания настроения; внешняя иллюзия, что чувства бедны, а внутри – переполненность чувствами; 4. бояливость, трусость, робость, шепетильность; 5. тщеславие, гордость (особенно своими познаниями и интеллектом); 6. самообладание; 7. адаптация за счет интеллектуальных ресурсов; 8. сексуальная слабость; 9. недостаточное стремление к самосохранению; 10. прилипчивость, вязкость, медлительность, неторопливость; 11. пессимизм; 12. постоянные размышления, сомнения (в том числе в этичности совершаемого поступка), угрызения совести, склонность к упрекам и укорам; 13. суеверность; 14. механические навязчивые импульсы (подергивание, пощипывание, почесывание, царапанье, похлопывание и т. д.); 15. концентрация внимания на числах, подсчитывании, списках и указателях; 16. трагическая печаль и бесконтактность.

Криминально-психологически навязчивый характер встречается у взломщиков и бандитов.

*

Механизм навязчивости обосновывает так называемое *мужское Я-мажор*, главными чертами которого являются: доминирование систолы ($\pm k$), которая может проявляться как в присвоении, так и в отрицании, деструкции; формирование идеалов обладания, корыстолюбие, жадность, алчность, нарциссизм обладания, реализм, одновременное сосуществование в одном лице господина и подчиненного; *амбивалентность*, доминирование запретов (табу), экстраверсия, педантически обостренная склонность к проверке на реалистичность, предрасположенность к патриархату; рационализм, позитивизм, материализм в мышлении.

Естественно, такие черты Я-мажор мы можем обнаружить в характере не только мужчины, но и женщины.

В качестве «следохода» навязчивого Я постоянно присутствует «заброшенное», «покинутое» Я-минор.

Sch_8<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>k</td><td>p</td></tr><tr><td>0</td><td>$\pm$</td></tr></table>	k	p	0	$\pm$	Вариация II
k	p				
0	$\pm$				
	Инфляционная проекция				
	Заброшенное Я				
	«Кастрированное» Я				
	Женское Я-минор				

С позиции эго-психологии Sch_8 наделено следующими функциями Я:

Одно из пары противоположных стремлений проецируется ($Sch_0 -$) на незнакомый объект, а другое пытается расширить ($Sch_0 +$) собственное Я посредством власти бытия. В качестве классического примера можно привести *женское Я*. Сфера Я проецирует свою собственную мужественность (анимус по К. Г. Юнгу) во внешний

мир (Sch 0 -) и отыскивает *такого* мужчину, который латентно носит в себе приписываемую ему мужественность. Но при этом сфера Я сама желает оставаться *женщиной* (Sch 0 +).

Гомосексуальный мужчина, который часто выдает ту же самую картину Я Sch 0 ±, поступает довольно схожим образом. Он отыскивает *мужчину*, которого он выкладывает из своей души в реальный мир, выбирая его в качестве партнера по любви, желая быть для него жеищиной. Инфлятивная проекция — наряду с женским Я — указывает еще и на *покинутость* персоны. Она покинута мужским Я-мажор (Sch ± 0) в результате вертикального деления тенденций эго-влечения. С этим типом разделения четырех элементарных тенденций Я связано также то, что инфлятивное проективное Я чаще всего истолковывается как *кастрационный комплекс*, причем такая интерпретация будет адекватной для представителей обоих полов.

С позиции *возрастной психологии* «кастрированное» Я наиболее часто встречается у маленьких детей в предпубертатном (9–12 лет) периоде и у взрослых людей в климактерическом (40–60 лет) периоде.

Клиническая психология: 1. *пассивная гомосексуальность у мужчины* (особенно при S+ -; P+ -; P 0 -; C+ +); 2. *гебоидная шизофрения со скачкообразным мышлением* (при повышенном количестве в -l hy, -l k, -l p); 3. *преморбидная фаза параноида* (с диагональным расщеплением в S, P и C); 4. *конверсионная истерия* (в редких случаях).

Характерологические черты: 1. мягкость, женственность; 2. стремление быть желанной, иметь поклонников, желание быть одариваемой и ведомой; 3. тенденция отдаваться партнеру; 4. сентиментальность; 5. мировая скорбь; 6. одиночество, чувство покинутости; 7. смирение, покорность; 8. теплые чувства; 9. нитуитивное вживание в другого; 10. чрезмерная субъективность; 11. быстрая подверженность чужому влиянию; 12. плохая ориентация во времени и пространстве; 13. лирическо-мистические интересы; 14. *алогичное, отрицающее причинно-следственные связи (акаузальное) мышление, часто к тому же еще с примесью оккультизма*; 15. слабость, проявляемая в борьбе за существование; 16. неспособность принять свою отдельность.

Криминально-психологическое значение: 1. гомосексуальная криминальность; 2. убийства на почве ревности.

•

Для женского Я-минор характерно доминирование диастолы с *предрасположенностью к расширению, к инфляции* (+ p); *желание партиципации* (- p); *склонность к проекции, упрекам, обвинениям и одновременно огромное стремление к полному слиянию с другим человеком*; идеализм с *высоко поставленными идеалами бытия*; *стремление к власти посредством желания бытия*; *нарциссизм*; *интроверсия (сопереживание)*; *притязания на матриархат*; *иррационализм, ирреализм, имматериализм, идеализм, духовность в мыслях*.

В качестве «*слеодохода*» женского Я-минор постоянно присутствует (последовательно или симультанно) *мужское, навязчивое Я-мажор*.

*

с) Диагональное разделение, расщепление

Вариации	I	II
На переднем плане : $Sch =$	+ -	- +
На заднем плане : $Sch =$	- +	+ -

Sch_9	k	p
	+	-

Вариация 1
Интропроекция
Аутизм
Упрямое Я

С позиции эго-психологии бессознательный процесс при интропроекции заключается в том, что выкладываемые во внешний мир стремления ($-p$) присваиваются собственному Я ($+k$). Таким образом, если при тотальной проекции ($Sch\ 0 -$) стремления бессознательного направлены на объекты окружающего мира, то при интропроекции приемником и перехватчиком всех бессознательных стремлений Я является собственное Я. Но когда сфера Я одобрят и принимает в себя — эгоифицирует — все проецируемые ею притязания, то такое Я закономерно должно становиться аутистично-недисциплинированным, так как оно не склонно от чего-либо отказываться. Отсутствует отрицательная k -функция.

По мнению Ойгена Блейлера, аутизм является особой формой поведения и мышления, при которой индивид выходит за пределы действительности и стремится к целям, которые внушаются ему исключительно его влечениями и чувствами. Аутизм превращает в «психическую реальность» даже то, что может явно противоречить реальной действительности и что может оказаться нелепым с точки зрения формальной логики.

Чего же можно добиться посредством аутизма? О. Блейлер считал, что посредством аутистического мышления человек осуществляет свои тайные желания, удовлетворяет свои скрытые потребности влечений и превращает в реальность все то, чего он боится. Когда фантазирует ребенок, мечтает взрослый человек, галлюцинирует и порождает бредовые идеи больной шизофренией или паранойей, когда писатель или коллективная душа народа создает сказки и мифы, а творческий дух — нечто невиданное прежде, прорывая традиционно воздвигнутые реалистические барьеры, — тогда мы говорим о них, что думают они аутично. Блейлер говорит: «Аутичное мышление превращает ребенка в генерала, а играющую с куклой девочку — в счастливую мать». Используя склонность к аутизму, религия осуществляет «наше страстное желание вечной жизни, справедливости и получения удовольствия без страданий». Благодаря аутизму в сказках и творчестве писателей проявляются наши комплексы. Погрузившемуся в мечты человеку аутизм показывает его тайные желания и опасения; а для больного человека аутизм создает новую действительность, которая становится для него реальнее всего того, что мы обычно называем реальностью. Аутизм делает больного счастливым, наделяя его манией величия, освобождая от любой ответственности. Если желания начинают осуждаться окружающими

людьми, то больной видит причины не в своей собственной неполноценности, а в ненависти своих преследователей.

Таким образом, аутизм освобождает мышление от ограничений, накладываемых реальностью. Аутизм устраняет необходимость быть прикованным к адаптации и учитывать последствия действий. Область расположения аутистического мышления Блейлер очертил четырьмя сферами:

1. Аутичное мышление захватывает нас, когда имеющихся познаний становится недостаточно, но наше стремление к знаниям побуждает нас и дальше продолжать думать. Созидание мира и человека, цель жизни и предназначение человека, происхождение Бога, происхождение болезней, ход солнца и луны — все это вопросы, на которые может ответить только аутичное мышление.
2. Аутичное мышление появляется тогда, когда невозможно выносить существующую реальность. Человек «сбегает» в аутизм. Вот так и появляются невротические симптомы, бредовые идеи, реализация желаний в сновидениях, мечты и т. д.
3. Аутистическим характером наделены процессы в бессознательном.
4. В сновидениях здоровых людей и галлюцинациях больных шизофренией провалы заполняются аутистическим способом; провалы возникли в результате того, что действительность ослабила или прервала в определенных пунктах течение представлений. «Аутичная логика» влечений и аффектов помогает процессу ассоциаций идти дальше.

К этому пониманию аутично-недисциплинированного мышления и поведения мы, опираясь на экспериментальный анализ Я, должны прибавить следующее:

- «аутичным» мы называем только захождение за границы власти обладания (+ k). А переход грани власти бытия называется не аутизмом, а *амбитенденциозностью* или *инфляцией* (+ p). Таким образом, мы ограничиваем понятие аутизма *систолической функцией k* , а понятие инфляции или амбитенденциозности — *диастолической деятельностью p* . Мы действительно вынуждены это сделать, так как результаты экспериментального анализа Я только в этом случае будут совпадать с клиническими данными;
- в свое время О. Блейлер отделил понятие аутизма от понятия амбитенденциозности. Под *амбитенденциозностью* О. Блейлер понимал одновременное присутствие таких противоположных тенденций, которые обычно исключают друг друга. (Например, больной в одно и то же время ощущает себя Богом и холопом, чертом и ангелом, мужчиной и женщиной и т. д.). Таким образом, *амбитенденциозность является расширением власти бытия, удвоением существования*. Опираясь на К. Г. Юнга, мы называем это *диастолическое состояние «инфляцией»*. *Инфляция является стремлением быть и тем, и другим, то есть всем*. А понятие аутизм мы ограничиваем *безмерным захождением за границы власти обладания*. Таким образом, аутизм равнозначен стремлению «все иметь».

Такое разделение понятий могло и должно было появиться только после того, как экспериментальный анализ Я свел влечение Я к потребностям эгодиагоды (p) и эгосистолы (k) и уже в зеркале их противоположностей смог точнее отделить и классифицировать клинические картины.

Таким образом, при аутизме оценивающее Я одобряет все выкладываемые вовне стремления (— p). Я становится *всевластным в обладании* или, наоборот, в само-

обвинении во *всесторонней греховности* (депрессия), иначе говоря, *аутистичным и магическим*.

С позиции *возрастной психологии* интропроекция в качестве аутизма доминирует в «*период упрямства*», характерного для первого пубертатного периода (3–4 года) и, частично, в латентной фазе развития (5–8 лет). Таким образом, интропроекция представляет собой раннее, детское Я. Нужно еще упомянуть о том, что маленький ребенок посредством интропроекции строит свою картину мира. Посредством выкладывания коллективных архетипных объектов в мир ребенок пытается увидеть и понять объекты природы, то есть после их отыскивания во внешнем мире ребенок присваивает их своему Я.

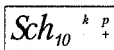
Клиническая психология интропроекции с диагностической точки зрения хорошо понятна: 1. *депрессия, причем только в так называемой интроективной, начальной фазе*. В разделе о функционировании нашего теста мы еще будем более подробно обсуждать этот вопрос. Пока будет достаточно знания о том, что *самообвинение и бред в своей всесторонней виновности* и греховности у депрессивных людей в том смысле, который придавал этому Фрейд, на самом деле скрывает в себе проективное *обвинение окружающего мира*, то есть проективную версию бреда всемогущества ($-p$), который посредством обращения садизма на самого себя ($-!s$) проецируется на собственное Я, в отличие от больных паранойей, проецирующих садизм на объекты окружающего мира. Так появляется аутичное Я в депрессивной фазе МДП, особенно вначале болезни. Чем ближе маниакальная фаза, то есть обесценивание отыскиваемого прежде потерянного объекта, тем чаще появляются негативные k -реакции, причем часто в повышенном количестве ($-!k$, $-!!k$, по мнению Мозера¹). 2. *Аутистично-магически думающие больные шизофренией*, особенно с магическим стилем мышления и идеями обладания, часто тоже дают картину расщепления в сфере Я в виде интропроекции (наряду с диагональным расщеплением в других векторах). Иногда можно заметить, как картина тотальной проекции, присущая таким больным, сменяется картиной интропроекции. 3. В случае *интропроективных сексуальных расстройств*, например, при фетишизме, мазохизме, эксгибиционизме, эго-картины тотальной интроекции ($Sch + 0$) могут сменяться картинами интропроекции.

Характерологически прежде всего выделяются следующие черты: 1. замкнутость; 2. немногословность; 3. черствость; 4. упрямство, непоколебимость, невозможность оказаться под чужим влиянием; 5. невозможность отделиться другому человеку; 6. существование в душе белых пятен; 7. «мимозоподобная» сверхчувствительность; 8. робость, несмотря на аутистичный стиль мышления; мечты на тему яркого «вступления» в большой мир; 9. аутистично-недисциплинированное, магически-окультуренное мышление.

Криминально-психологически такую картину Я мы встречаем у аутистично-шизоидных взломщиков и бандитов.

В качестве *заднепланового Я* одновременно или последовательно воздействует подавленное Я.

¹ Moser, U.: Validierung, Blinddiagnose u. die Problematik des Krankheitsbegriffes im Szondi-Test. Szondiana 11. Huber, Bern und Stuttgart, 1955. S. 62.



Вариация II
Отрицаемая инфляция
Подавление
Запрещение

С позиции психологии Я подавление является отрицаемой инфляцией. Отрицание сказывается в систолической — k , а инфляция — в $+p$ -реакции.

В случае подавления конфликт в сфере Я возникает в результате того, что диастолическое Я хотело бы быть Всем ($+p$), а систолическое Я отрицает ($-k$) это расширение сферы Я. Вот так в Я под воздействием отрицания возникает дефляция. Скованность в поведении и поступках, действиях и мышлении абсолютно верно отражает внутреннее отрицание инфляции. Под воздействием подавления во всех областях жизни (в сексе, поиске контактов, интересах, движениях, еде, работе, сне, сновидениях и т. д.) возникают самые разные функциональные ограничения.

С позиции возрастной психологии необходимо подчеркнуть, что подавление может наступить практически в любом возрасте, хотя своего пика оно достигает в периоды между 20 и 30 годами, а также в 12–16 лет.

Клиническая психология подавления простирается на широкую область неврозов: 1. конверсионная истерия, вместе с вытеснением ($Sch - 0$) и отчуждением ($Sch - \pm$), а также вместе с накоплением аффектов ($P + +$); 2. ипохондрия (при $P + -$, $P 0 -$); 3. болезни с симптомами навязчивости (при $Sch \pm 0$); 3. половая незрелость; импотенция, подавленная сексуальность из-за фиксации на одной из полиморфно-перверсивных ступеней или при латентной гомосексуальности; 5. иногда при негативистично-кататонической шизофрении (при повышенном количестве в $-!k$).

Характерологические черты подавленного Я: 1. доминирование интеллекта; 2. преобладание иллюзии, что что-то невозможно сделать; 3. ощущение своей ненормальности; 4. вечная отчужденность; 5. неспособность к контактам; 6. эгоцентризм; 7. внутреннее беспокойство, возбуждение и тревога; 8. постоянные отказы, избегание, подавление своих желаний — и все это несмотря на огромное желание персоны быть всем; 9. несмотря на неудачи, непрекращающиеся попытки соперничать; 10. постоянные попытки защищаться от аутизма, пребывающего на заднем плане; 11. ощущение своей виновности и страх наказания; 12. «ограниченность» сферы Я барьерами стыда и отращения.

Криминально-психологически с «заторможенным» Я мы встречаемся редко. На психодиагностическом обследовании оно появляется у гомосексуальных преступников или людей с сексуальными отклонениями.

Комплементарным задиелановым Я при подавлении является аутистическое, интропроективное Я. Подавление и аутизм являются комплементарными судьбами. Потому и существуют, с одной стороны, расхождение между подавленным существованием и синхронным аутистичным миром фантазии, а с другой — неожиданные, неприятные, жуткие взрывы аутистично-недисциплинированных способов поведения у обычно скованных людей.

3. Тройная тенденция в векторе Sch

Вариации	I	II	III	IV
На переднем плане: $Sch =$	$- \pm$	$\pm -$	$+ \pm$	$\pm +$
На заднем плане: $Sch =$	$+ 0$	$0 +$	$- 0$	$0 -$

$$Sch_{11} \begin{matrix} k & p \\ - & \pm \end{matrix}$$

Вариация I

Подавленная проекция

Отчуждение как от окружающего мира, так и от самого себя

Отрицание своей заброшенности и женственности

Деперсонализация

С позиции психологии Я эту картину сферы Я лучше всего можно понять, если разложить ее на две частичные функции: 1. *подавление*: $Sch - +$; 2. *проекция*: $- p$.

Это означает, что *проекция сдерживается посредством подавления*. Потому и название: *подавленная проекция*.

Другой способ истолкования будет следующим: оценивающее Я отрицает ($- k$) как проекцию ($- p$), так и инфляцию ($+ p$). Но так как $\pm p$ -конфигурация в сфере Я может феноменологически обозначать, с одной стороны, заброшенность, покинутость ($Sch 0 \pm$), а с другой стороны — женское Я-минор ($Sch 0 \pm$), то мы должны придавать этой картине Я еще два значения:

- *Отрицание своей оставленности*, то есть неспособность человека принять то, что он был отвергнут окружающим миром, неспособность примириться с такой жуткой судьбой.
- *Отрицание женственности или кастрации*, причем это относится как к мужчинам, так и к женщинам.

Более глубокий смысл, который выражает картина отчужденного Я, появляется при сравнении с картиной интегрированного, четырехфункционального, целостного Я ($Sch \pm \pm$). Если внимательно присмотреться, становится ясно, что у отчужденного Я отсутствует одна важная элементарная функция для того, чтобы считаться интегрированным. Мы имеем в виду интроекцию: $+ k$. Таким образом, у отчужденного Я отсутствует «мостик» к миру восприятия. Лучше всего разобраться в процессах Я, происходящих в Sch_{11} , удастся тогда, когда мы обращаем внимание на то, что целостное Я ($Sch \pm \pm$) в данном случае делится таким образом, что функция интроекции ($Sch + 0$) отходит на задний план. Таким образом, на переднем плане находится Я, которое вооружено только проекцией ($- p$), инфляцией ($+ p$) и отрицанием ($- k$). В результате выпадения жизненно важной функции интроекции сфера Я отрезана от мира восприятия. Следствием такого разделения функций Я является то, что персону отчуждается от реального мира. То есть реальный мир становится недоступным для восприятия ею, так как связь с реальностью ($+ k$) исчезает. Это состояние Я называют *отчуждением*, а в тяжелых случаях: *деперсонализацией*. Персона в страхе забивается от мира в свою постель или в свою каморку, не решаясь появиться

на людях, — там, где ранее этой персоне часто удавалось блистать и любить. Нередко на это состояние ошибочно навешивают ярлык «депрессия». Судьбоанализ, в отличие от такого простого подхода, установил, что *решающим процессом здесь является частичное расщепление Я*. Такой взгляд подтверждается тем, что описанный процесс тревожного ухода в свой мирок самым неожиданным образом может превратиться в противоположный. Тогда человек смело вступает в мир и захватывает все в свои владения, чтобы потом — спустя некоторое время — опять на какой-то период скрыться от всех в свой уголок. В тяжелых случаях отчуждение проявляется не только по отношению к внешнему миру, но и по отношению к *миру внутреннему*. Тогда мы говорим о патологической *деперсонализации*, такое чаще всего встречается до или после психического заболевания. В нормальных эго-состояниях отчуждение возникает в *фазах ревности* у любящего, соперничающего партнера, причем он часто оторван от действительно происходящих событий (или неправильно их воспринимает).

С позиции *возрастной психологии* эту картину Я мы встречаем в 30–40 лет (период ревности и соперничества); далее в конце пубертатного периода (17–18 лет), когда человек переживает первые большие разочарования в любви, в своей одаренности, религии, родителях и т. д. Потому мы и встречаем здесь отчуждение. Да и в климактерическом периоде (у женщин в 40–50 лет, у мужчин в 50–60 лет) мы тоже находим Я в состоянии отчуждения.

Клиническая психология: отчуждение или деперсонализацию мы находим 1. при *тяжелой ипохондрии*; 2. в случае *конверсионной истерии*, особенно при истериформном отчуждении частей тела (*псевдопараличи*) или истериформных *анестезии* и *отключении органов чувств* (например, при истерической глухоте, слепоте и т. д.); 3. при *алкогольном делирии*, при *бредовых аутодеструкциях*, при *бредовых идеях о самоубийстве (танатомания)*; 4. при *бредовых ревности*; 5. при *наркомании*; 6. при *органических психозах*; 7. при *эпилепсии*.

Характерологические черты отчужденного Я: 1. мечтательность; 2. чрезмерная ориентация на внутренний мир; 3. ощущение чуждости мира и даже самого себя; 4. ирреалистичность; 5. склонность к патологическому фантазированию, мифомания (*Pseudologia phantastica*); 6. желание скрыться, спрятаться; 7. уход от окружающего мира, а потом внезапно появляющееся стремление завоевать весь мир; 8. депрессия.

Криминально-психологическое и судебно-психиатрическое значение этого Я состоит в стремлении убивать, в танатомании, чаще всего в бреде ревности или в бреде деструкции. Эту картину Я мы встречаем у шизоформных бандитов и разбойников, убивающих с целью ограбления, у пароксизмально-эпилептиформных убийц под воздействием сильных аффектов, а также у эксгибиционистов*.

«*Следоход*», интроективное Я (*Sch + 0*), постоянно старается проявляться то тут, то там, показывая полярно противоположную картину в виде следующих феноменов: гиперактивность, довольно часто кажущиеся брутальными формы захвата в свои владения всех ценных объектов окружающего мира, безмерные притязания на обладание, причем чаще всего этим людям такое удается. Именно это отличает отчужденное состояние Я от мании.

* Walder, H.: Triebstruktur und Kriminalität. Huber, 1952. S. 57 (Fall 24).

В психологии Я нет лучшего примера для защиты тезиса о существовании психиатрически «комплементарных» судеб Я, этих постоянно дополняющих и заменяющих друг друга состояний Я то в виде ухода, то в виде завоевания мира со всеми его ценными персонами и объектами.

Sch_{12}	k	p
	$\pm$	$-$

Вариация II

Проекция, сдерживаемая посредством навязчивости

Фуги*, бегство

Сбегающее Я

Пароксизмальное Я

С позиции психологии Я эта эго-картина — как и отчуждение — относится к большой группе средств защиты от проекции. Опасность проекции, то есть паранойи ($-p$), устраняется посредством навязчивости. Проективная доля при такой конфигурации сферы Я дает знать о себе чаще всего в форме обвинения, в форме высказываний о несправедливости ущемления своих прав и незаслуженного причинения вреда, гораздо реже — в форме преследования, а навязчивая доля проявляется в непреодолимости желания вырваться из существующей ситуации, покинуть прежнее местонахождение, бродяжничать или путешествовать (перед нами человек чуть ли не с патологическим пристрастием к путешествиям). «Сбегающее» Я побуждает детей предаваться своей страсти к бродяжничеству, а заключенных или арантантов — эпизодически сбежать из исправительного учреждения. Часто носитель такого Я бежит от самого себя в другой навязчивый мир, и только потому, что он больше не может вынести спроецированный им мир ($Sch\ 0 -$). Чаще всего бегство происходит в момент *отчаяния*, которое можно даже наглядно обнаружить в эксперименте в форме навязчивого Я. При более благоприятных обстоятельствах в сфере Я может разыграться следующий процесс: одно из стремлений выкладываемой потребности ($-p$) отрицается, ($-k$) — чаще всего это будет тенденция к убийству, агрессия, а другое побуждение, социально-позитивное — присваивается ($+k$) сфера Я.

Пароксизмальное Я можно еще рассматривать как комбинацию приспособления ($Sch -$) и власти посредством обладания (интроекция $= +k$), или как аутистично-недисциплинированное Я ($Sch + -$) с тенденцией к отрицанию ($-k$) аутизма. Эго-аналитик должен не забывать ни об одной из таких возможностей в судьбе Я, если обнаруживает эго-картину Sch_{12} .

С позиции возрастной психологии «сбегающее» Я приобретает клиническое значение в первый эдиповский пубертатный период (4–6 лет), в начале обучения в школе (7–8 лет), а в отдельных случаях и в предпубертатный период (9–12 лет), далее — в глубокой старости (70–80 лет). (Бегство из жизни в преклонном возрасте.)

Клиническая психология: 1. *тяга к бродяжничеству, пориомания* у пароксизмально-эпилептиформных индивидов; 2. *эпизодическая тяга к бродяжничеству при проективной и инфантильной паранойе*; 3. *врожденная эпилепсия* (при $Sch\ 0\ 0$); 4. *депрессия* ($Sch + -$ в сочетании с $-k$); 5. *заканье*; 6. *клетомания, пиромания, дисомания и другого рода пароксизмальные мономании* в качестве эквивалентов врожденной эпилепсии.

* Состояния помраченного сознания с отрешенностью от окружающего мира и стремительным бегством.

Характерологические черты: 1. *неуравновешенность*; 2. *неожиданный, резкий переход* от апатии к безудержности, раскованности и распушенности, от страха к дикой смелости, от привязанности к близкому человеку до полного разрыва отношений и ухода, от гибкости до упрямства, от педантичности до беспорядочности и неряшливости, от оптимизма до пессимизма, от умеренного употребления алкоголя до безудержного пьянства, от бережливости до расточительства, от радости и наслаждения жизнью до стремления к смерти (танатомания).

Криминально-психологическое значение «сбегающего» Я: 1. патологическая тяга к бродяжничеству; 2. периодические уклонения от работы (лень); 3. *поступки, совершаемые под действием сильных аффектов* и последующее бегство (такое, например, бывает с убийцами, совершившими преступления в состоянии сильного аффекта)*; 4. предрасположенность к убийству на почве полового извращения (педофилия, некрофилия); 5. клепто-, пиро-, диссомания.

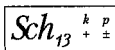
Постоянным «слеδοходом» сбегающего Я является *инфлятивный паранойд*. Находящаяся на заднем плане потребность быть всем (+ *p*), естественно, вызывает ощущения своего бессилия и беспомощности, и вследствие этого — обвинение (– *p*) окружающего мира. Из такой напряженной ситуации Я сбегают в другой мир. Даже у, казалось бы, социально положительных, одаренных, инфлятивных людей (*Sch* 0 +) мы находим извечную тягу к бродяжничеству (*Sch* ± –), соблазняющую их на судьбу человека с болезненным пристрастием к путешествиям. На самом деле речь в таких случаях идет о бегстве от недовольства самим собой и о невозможности достижения завышенных идеалов Я (+ *p*).

Вариация III

Инфлятивно-проективная интроекция

Одобрение и принятие брошенности и женственности

Предварительная фаза тотальной интроекции



С позиции психологии Я эта эго-картина содержит в себе три элементарных функций: проекцию (– *p*), инфляцию (+ *p*) и интроекцию (+ *k*).

Прежде всего бросается в глаза готовность персоны принять (+ *k*) свою покинутость и женские стороны Я (± *p*). Такая готовность означает как принятие матери, оставившей нас, так и примирение с нею, присвоение «кастрированного» женского Я (± *p*). Учитывая этот аспект, невозможно не обратить внимание на то, что эго-картина *Sch*₁₃ является одним из важных «узловых пунктов» на пути формирования Я и характера.

Недостатки такой конфигурации Я связаны с отсутствием тенденции к отрицанию, то есть к *недостаточному умению отказываться* (– *k*). Люди, не способные на отказы, в любых ситуациях подвергают себя опасностям. Смысл разбираемой нами картины Я можно точнее определить посредством разложения ее на отдельные составные эго-функции.

Во-первых, *Sch* + ± можно разложить на: *Sch* + + = всемогущество и обладание всем, и на проекцию (– *p*). Картина Я, таким образом, может представлять собой нарциссическо-проективное состояние со всеми его опасностями.

* Walder, H., *Triebstruktur und Kriminalität* Huber, 1952. S. 43.

Другая возможность разложения:

$Sch + \pm = Sch + -,$ то есть аутизм с + p, с инфляцией; это не менее опасная конфигурация сферы Я, чем предыдущая.

По-видимому, для практики наибольшую ценность представляет та первая форма анализа эго-картины $Sch + \pm$, которая подчеркивает принятие (+ k) своей брошенности или женственности ($\pm p$). В этих случаях оценивающее k-Я посредством реактивных образований, то есть посредством интроекции и формирования характера, способно преодолеть последствия, нанесенные желанию партиципации (вторичная проекция и инфляция).

Картину Я $Sch + \pm$ можно еще интерпретировать и как *предварительную фазу тотальной интроекции* ($Sch + 0$), так как, как показывает опыт, реакция $\pm p$ является наиболее частой подготовительной фазой на пути к полной разрядке (0 p).

С позиции *возрастной психологии* мы встречаем картину $Sch + \pm$ в периоды как первой, инфантильной (3–4 года), так и второй, подростковой (13–16 лет) пубертатности, то есть в поворотные моменты развития.

Клиническая психология картины $Sch + \pm$ в настоящее время еще мало исследована из-за ее редкости:

- *Проективные, параноидные неврозы с притязаниями на власть* и сильными нарциссическими чертами сочетаются с этой картиной Я; это особенно характерно для тех мужчин, которым с очень большим трудом удалось отделиться от связи с матерью, довольно поздно жениться, продолжая и потом сражаться с выраженным материнским комплексом (фиксацией на матери).
- *Люди, страдающие неврозом страха*, у которых источником страха является или инфантильная полиморфно-перверсивная сексуальная ступень, или неразрешенная инцестуозная связь, или *кастрационный комплекс*.

Характерологические черты сходны с чертами при тотальной интроекции: 1. огромная страсть быть и обладать; 2. эгоизм; 3. эгоцентризм; 4. нарциссизм; 5. лабильность аффектов; 6. непостоянство; 7. тщеславие; 8. склонность к хвастовству и зазнайству.

Криминально-психологическое значение можно вывести из описанного нами характера: наиболее важными формами картины $Sch + \pm$ с юридической точки зрения являются обман, мошенничество и аферизм.

Комплементарное вытесняющее Я на заднем плане ($Sch - 0$) указывает на опасность того, что человеку придется сражаться с принятием брошенности, кастрационным комплексом, со своей женственностью и — в результате вытеснения проблем, связанных со специфической судьбой влечений — становиться *невротиком*. Вытесняющее Я ($Sch - 0$), конечно, чаще всего направлено еще и против принятия гомосексуальности. Это тоже указывает на недифференцированное сексуальное развитие, которое чуть ли не всегда сопровождается рассматриваемой нами картиной Я.

$Sch_{14} \begin{matrix} k & p \\ \pm & + \end{matrix}$

Вариация IV

Инфляция, сдерживаемая посредством навязчивости

Навязчивая дефляция

Я каторжника

С позиции эго-психологии такой процесс в конституции Я тоже отличается большой многозначностью.

1. Прежде всего «каторжное» Я означает, что опасность инфляции (+ *p*) снижается посредством известного механизма навязчивости ($\pm k$). Если тотальная инфляция (*Sch* 0 +) старается сделать носителя такого Я практически совершенно неспособным к работе, то носители эго-картины *Sch*₁₄ работают как каторжники. Только принуждение здесь идет не извне, а изнутри. Непрерывное принуждение к работе защищает таких людей от опасностей тотальной инфляции. Поэтому они не способны наслаждаться и отдыхать, так как в состоянии покоя (0 *k*) они будут полностью предаваться мучительному духу одержимости.

2. Другая возможность истолкования появляется при разложении *Sch* $\pm + = + k$ -интроспекция и *Sch* $- + =$ подавление. В результате такого функционального анализа выявляются два других качества носителя этой картины Я:

- поразительно высокие способности, человек словно губка всасывает в себя профессиональные знания (+ *k*);
- скованность почти в любых формах контактов, как социальной, так и сексуальной природы (*Sch* $- +$).

3. К еще одной возможности истолкования мы приходим, когда *Sch* $\pm +$ раскладывается на *Sch* $+ + =$ всемогущество и обладание всем (тотальный нарциссизм) и на реакцию $- k$, то есть на отказ от любой власти. Из такого расклада следует, что носители этой картины Я на самом деле представляют из себя людей, вечно отказывающихся от наиболее обещающих и перспективных возможностей власти. И как раз в результате того, что они должны отказаться от своих притязаний на власть, они чаще всего до изнеможения эксплуатируются своими работодателями и семьей. Потому и может внезапный, совершенно неожиданный для всех взрыв агрессии и ожесточения у людей с эго-картинной *Sch*₁₄ пугать окружающих. Но такая буря продолжается недолго и люди с «каторжным» Я опять превращаются в печальных порабощенных работой тружеников.

4. Четвертой возможностью истолкования является следующая: «каторжному» Я не хватает только партиципации, проекции ($- p$), чтобы стать полностью интегрированным (*Sch* $\pm \pm$). С одной стороны, это обстоятельство приводит к ограничениям и изъятиям в партнерстве и любви, а с другой — к тревоге, сопровождающей занятия любой творческой деятельностью. Носители «каторжной» эго-картины отставляют свою интуитивно-проективную одаренность ($- p$) на задний план и считают, что они отличаются абсолютной бездарностью, неспособностью к самостоятельной, интуитивной работе. Если удастся помочь им встроить в их переднеплановое Я интуицию, пребывающую на заднем плане, тогда перед нами окажется одаренная интуицией, интегрированная личность (*Sch* $\pm \pm$).

С позиции возрастной психологии конфигурация «каторжного» Я появляется только в конце второго пубертатного периода (17–20 лет), реже — несколько ранее (13–16 лет), и тогда можно проследить, как навязчивость начинает приглушать почти неизбежную пубертатную инфляцию.

Клиническая психология:

- Фобия доминирует в форме страха экзаменов, авторитетных людей, выступлений перед людьми.

- *Параноидные неврозы с чувствами собственного величия и неполноценности.* Последняя обусловливается тотальной проекцией, продолжающей действовать на заднем плане.
- *Пароксизмальные приступы:* мигрень, заикание, взрывы гнева и пароксизмы другого рода, в детстве возможна kleptomania.

Черты характера легко обнаруживаются в результате эгопсихологического анализа: 1. стремление к совершенству ($Sch + +$); 2. быстрый переход от чувств величия к ощущению собственной неполноценности ($Sch \pm +$ в ППП, $Sch 0 -$ в ТЭН); 3. приступы переживания могущества и бессилия; 4. защита от инфляции посредством навязчивой работы; 5. навязчивое мышление; 6. способность к одномерной гиперконцентрации; 7. сила воли; 8. навязчивое соблюдение плана жизни с планированием рабочих дней, выходных и т. д.; 9. консерватизм, конвенционализм; 10. предрасположенность к наркомании; 11. замедленное сексуальное, интеллектуальное, социальное развитие; 12. самовредительство ($\pm k$ превращается в $-! k$); 13. профессиональные склонности к занятию психологией, педагогикой, психиатрией, детской психологией и к педагогической работе с умственно отсталыми детьми.

Криминально-психологически «каторжное» Я является редким явлением. В юности потребность во власти посредством обладания ($+ k$) может привести к воровству в качестве замещения происшедшему закату партиципации ($- p$); у взрослых людей потребность во власти посредством бытия и обладания ($Sch + +$) может спровоцировать аферизм и мошенничество обманщиков и растратчиков после того, как они отказались быть обыденными людьми ($- k$).

«Следоход», *тотальная проекция* ($Sch 0 -$) означает постоянную опасность параноида.

4. Четверные тенденции в векторе Sch

Sch_{15}	k	p
$\pm$	$\pm$	$\pm$

Интеграция

Интегрирующее Я

Я, предчувствующее катастрофу

Я верховного жреца (Pontifex)

С позиции эго-психологии интегративной называется объединение всех четырех функций и видов защиты в жизни сферы Я. То есть наивысшая способность Я использовать проекцию, инфляцию, интроекцию и отрицание как в целях защиты, так и для построения полноценной эго-сферы (в зависимости от потребности и нужды).

Таким образом, интегрированное Я ставится на особенное положение, оно способно разрешать опасные противоречия «на краю» жизни влечений ($S \pm \pm$, $C \pm \pm$) посредством того, что любые дилеммы сексуальной жизни и общения, как и часто с ними связанные морально-этические дилеммы ($P \pm \pm$), устраняются с периферии жизни, чтобы оказаться принятыми в сферу Я. Ставшему интегрированным Я вполне по силам превратить сексуальные, аффективные и социальные противоречия в «проблемы Я», чтобы разрешать их в эго-сфере. Таким образом, оказывается, что интегрирующее Я

как бы жертвует самим собой, чтобы вывести из опасных зон существование, скатившееся к «краю» жизни. Интегрирующее Я работает подобно капитану судна, шагающему взад и вперед по командному мостику бытия, высматривая опасные течения справа и слева, опасности в глубине и на высоте, стараясь вести корабль самым безопасным курсом. Это присущее интегрирующему Я постоянное «нахождение в пути» позволяет сфере Я устранить любые противоречия между бессознательным и сознательным, между миром субъекта и миром объекта, между природой влечений и духовностью, противоположности между телом и душой, женственностью и мужественностью, всемогуществом и бессилием, преодолеть пропасть между бодрствованием и сновидениями.

Интегрирующее Я в определенных обстоятельствах может таким образом прийти к реализации своей наивысшей функции, которую мы называем «*функцией верховного жреца*». Если сфере Я действительно это удастся, то оно вполне заслуживает звания «*верховный жрец*, которому не страшны никакие противоречия» (*Pontifex oppositorum*).

К Я верховного жреца привязано, на наш взгляд, не только сознание, но и бессознательное. Таким образом, Я верховного жреца несет ответственность не только за сознательные процессы, но и за бессознательные. Посредством принятия «Я верховного жреца, которому подвластны любые противоречия», эго-учение судьбоанализа наряду с «*телесным Я*» и «*психическим Я*» (самость по К. Г. Юнгу) вводит еще и *метафизическое* понятие Я.

Conditio sine qua non¹⁴ существования Я верховного жреца обусловлено прежде всего тремя высшими функциями: 1. *интеграцией* всех противоположностей; 2. *психической (метафизической) партиципацией* и 3. *трансцендентностью*.

Но наличие интегрирующего Я еще не означает реализации партиципации в духовности, как и способности к трансцендентности. *Однако интеграция Я является безусловно необходимым предварительным условием обеих функций*. Потому и было бы неправильным считать, что появление в эксперименте интегрирующей картины Я ($Sch \pm \pm$) автоматически обеспечивает тотальное единение, партиципацию в духовности и возможность Я трансцендировать. Люди, чувствующие нарушение психического равновесия, — так, например, непосредственно перед приступом или перед вспышкой психоза — могут показывать в сфере Я одновременное наличие всех четырех элементарных функций, до предела напрягая «тормоза», то есть пытаются интегрироваться в предчувствии приближающейся катастрофы. Такая интеграция в ситуации катастрофы отнюдь не означает способность к партиципации с духовным миром путем трансцендентности. То есть, встретив картину интегрирующего Я, нельзя просто сделать вывод о существовании Я верховного жреца.

Интегрирующее Я должно быть способно не только на то, чтобы разрешать противоречия, существующие на «краю» жизни влечений, но и уметь выдерживать полярную напряженность в сфере самого пространства Я, как раз и возникшую в результате интеграции. *Внутренними полярностями в интегрирующем Я являются:*

¹⁴ Неизбежное условие (лат.)

1. всемогущество и обладание всем	= Sch + +	}
отказы и приспособление	= Sch - -	
2. аутизм	= Sch + -	}
подавление	= Sch - +	
3. навязчивость и вымученное Я	= Sch ± 0	}
оставленность и Я-минор	= Sch 0 ±	
4. тотальная проекция	= Sch 0 -	}
принудительный (каторжный) труд	= Sch ± +	
5. тотальная инфляция	= Sch 0 +	}
пароксизмальное бегство	= Sch ±	
6. тотальная интроекция	= Sch + 0	}
отчуждение	= Sch - ±	
7. тотальное вытеснение	= Sch - 0	}
принятие оставленности и женственности	= Sch + ±	
8. интеграция на переднем плане	= Sch ± ±	}
дезинтеграция на заднем плане	= Sch 0 0	

Последнее из перечисленных расщеплений вызывает, на наш взгляд, особое предчувствие интегрирующим Я приближающейся катастрофы.

*

Становится очевидна почти сверхчеловеческая задача, стоящая перед Я для реализации становления в нас Человека. Так что вряд ли кого может удивить то, что мы обнаруживаем у людей столь слабо интегрированное Я, а еще реже встречаем Я верховного жреца (Pontifex). Но нам кажется, что мы не должны забывать, что для людей вполне возможно подниматься в своем Я до наивысшего уровня существования Pontifex oppositogum и что Pontifex-Я всегда находится перед нами в качества идеала Я на трудном пути становления в себе Человека.

С позиции возрастной психологии интегрирующее Я достигает своего пика во второй пубертатный период (13–16 лет) и в конце периода обучения (17–20 лет).

Клиническая психология: 1. *невроз страха и истерия страха, предчувствие катастрофы*, например, в случае пароксизмальной тахикардии; 2. *состояние Я перед сумасшествием* (с -l s, -ll s); 3. *накануне эпилептиформного приступа*.

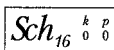
Характерологические черты интегрирующего Я: 1. *диалектический характер*: познание, разложение и преодоление любых противоречий в бытии и обладании, в чувствах и мыслях; 2. *стремление к целостности и совершенству*; 3. *понимание противоположностей в их единстве* (Тегель); 4. *борьба рационального* (Sch + +) с *иррациональным* (- p); 5. *борьба реального* (- k) с *ирреальным* (Sch + +, - p), *борьба идеализма с рационализмом*, *борьба духовного человека с человеком инстинктов* (Фауст-Мefистофель, Моисей-Каин); 6. *мужское Я-мажор* (Sch ± 0) *сражается с женским Я-минор* (Sch 0 ±); 7. *нередко эта эго-картина наблюдается у страдающих вазоневрозами* (у людей, страдающих от мигрени, астмы, аллергии, экземы и т. д.);

8. тревога за себя переходит в тревогу за все человечество, в стремление улучшить людей; 9. наибольшим богатством людей с интегрированным Я всегда является *сильное, надежное Я*, почему они и отваживаются на погружение в бессознательное; 10. несмотря на то, что они выделяются своей мудростью, они так и остаются в жизни одинокими странниками или отшельниками; 11. присущая им морально-этическая строгость почти невыносима для окружающих людей — а часто и для них самих, — а происходит это в результате того, что интегрирующиеся люди слишком сильно расширяют зону человеческой ответственности; 12. в определенных обстоятельствах они могут стать воинствующими гуманистами.

Криминально- и судебно-психологическое значение интегрирующего Я можно вывести из его связи с эпилепсией. Некоторые пароксизмальные убийцы в результате воздействия сильных аффектов показывают эту картину Я в качестве знака внутренней борьбы с «Каином».

Заднеплановое Я, полная дезинтеграция, потеря всех защитных функций (Sch 0 0) всегда, словно дамоклов меч, висит над судьбой Я у таких людей. Сверхчеловеческие усилия, затрачиваемые на объединение всех сил сферы Я, чтобы не уступить и связать все противоположности существования, объясняются, на наш взгляд, непрекращающейся опасностью распада, постоянно ожидающего своего момента на заднем плане.

5. Нулевая тенденция в векторе Sch



Дезинтеграция
Я перемен и изменений
Бессилие в Я
Сумеречные состояния
Абсанс
Потеря Я

С позиции эго-психологии под дезинтеграцией мы понимаем полный отказ Я от защитной активности по отношению к крайним влечениям и опасностям внешнего мира. Это — *неясное, сумеречное состояние, бессилие, потеря Я, которые чаще всего имеют преходящую природу*.

Люди, у которых слишком быстро поворачивается вращающаяся «сцена влечений» Я с двумя противоположными эго-судьбами, могут по временам — да и то только на короткое время перемен в сфере Я — показывать дезинтегрированное Я. Это наблюдается у женщин-лесбиянок, пытающихся в зависимости от силы своего партнера менять местами мужское Я-мажор и женское Я-минор. Да и люди *пароксизмальной природы*, способные быстро перейти от состояния «Авеля» к состоянию «Каина», и наоборот, тоже показывают в десятисерийном эксперименте несколько эго-картин Sch 0 0.

С позиции возрастной психологии дезинтеграция в сфере Я достигает своего максимума в возрасте 60–70 лет, также она встречается в переходный период от подросткового к взрослому Я (20–30 лет).

С клинической психологией мы уже успели соприкоснуться: 1. *бисексуальность*, особенно у лесбиянок; 2. *садомазохистские перверсии*, в которых быстро меняется

направление удовольствия; 3. *начальная фаза сумасшествия* (с -1 s; $-1!$ s; $-1!!$ s); 4. *фобия* (при $P + 0$); 5. *ипохондрия* с предчувствием приближения своей смерти; 6. *пориомания* в качестве эквивалента эпилепсии; 7. очень часто появляющиеся *абсансы*; 8. *невроз навязчивости* в промежуточной фазе оставления навязчивостей и переходе к параноидному сумасшествию.

Особыми чертами характера дезинтегрированного Я являются: 1. перманентное ощущение своей вины (из-за желаний убийства); 2. застывшая маска смирения, покорности, готовности пожертвовать собою у каинита; 3. «ангел» для посторонних людей и домашний «черт»; моральный мазохизм; 4. прилипчивость; 5. неискренность; 6. театральные утрирования; 7. фазы дремоты и позевывания в полусумеречном состоянии («комплекс Обломова»); 8. существование икогда не бывает наполненным; 9. ношение профессиональной маски, которая почти «прилипла» к лицу (церковные и государственные пуритане, моралисты), 10. прекрасен как профессиональная на работе, но невыносим в роли члена семьи.

Криминально-психологическое значение дезинтегрированное Я получает в особенности в деяниях, которые совершены в пароксизмальном сумеречном состоянии — особенно у больных с приступами (homo paroxysmalis) — например, пиромания, убийство в состоянии сильного аффекта и т. д.

По временам на переднюю сцену может выступить «*следоход*», то есть предчувствующее свою катастрофу и потому стремящееся к интеграции Я ($Sch \pm \pm$), но и без этого «*следоход*» постоянно симультанно воздействует в качестве сдерживающей и обнадеживающей инстанции.

Таблица 7 содержит обобщенную информацию о сущности 16 картин Я.

Таблица 7. Психология и сущность 16 векторных картин Я-влечения

Вариации $\longrightarrow$ На переднем плане $\downarrow$	$Sch_1 + 0$	$Sch_2 0 +$	$Sch_3 - 0$	$Sch_4 0 -$
1. Одно стремление: одинарная тенденция	<i>Тотальная интроверсия.</i> <i>Пик:</i> первый пубертатный период (3–4 года); возраст приобретения профессионального опыта (20–30 лет). <i>Клиника:</i> Сексуальные отклонения (фетишизм, эсгибизм, садомазохизм). Депрессия, аутистическая шизофрения, эпилепсия, навязчивости. <i>Криминальность:</i> преступления против собственности и нравов	<i>Тотальная инфляция, амбициозность, одержимость.</i> <i>Пик:</i> возраст созревания (30–40 лет) <i>Клиника:</i> инфлятивный паранойд: эротомания, мания величия, сутяжничество, религиозный бред, латантная бисексуальность, гомосексуальность, паранойд на эпилептическом базисе. <i>Криминальность:</i> убийства под воздействием сильных аффектов и/или в припадке ревности	<i>Тотальное отрицание, вытеснение, репрессия, негативизм.</i> <i>Пик:</i> предпубертатный период (9–12 лет), подростковый пубертатный период (13–16 лет), конец пубертатного периода (17–20 лет). <i>Клиника:</i> фобия, ипохондрия, сексуальные расстройства, конверсионная истерия, невроз навязчивости, при избыточности — кататония. <i>Криминальность:</i> самоубийство, убийство в состоянии сильных аффектов	<i>Тотальная проекция, партиципация, паранойд.</i> <i>Пик:</i> очень ранний детский, а также старческий (80–90 лет) возраст. <i>Клиника:</i> паранойя: бред преследования, обвинения, ущерба, пароксизмально-эпилептиформные психозы; паралич, невроз принятии, инфантильность, дебилность. <i>Криминальность:</i> полиморфно-перверсивная криминальность, бандитизм, убийства с целью ограбления или под влиянием сильных аффектов

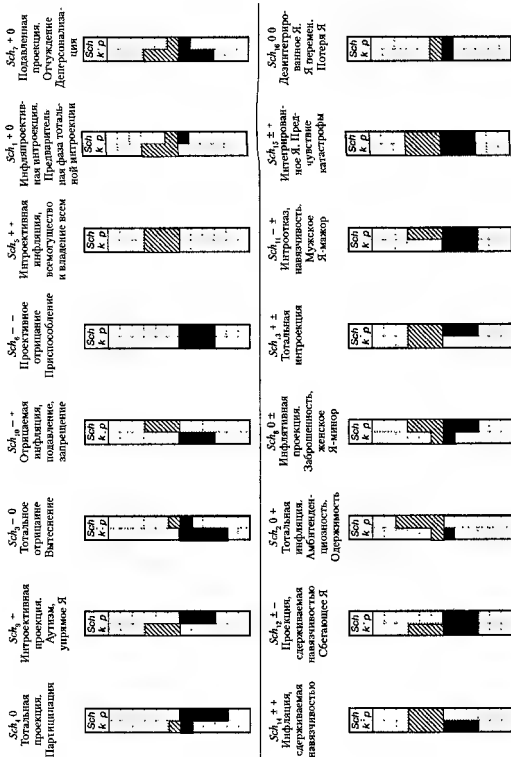
Таблица 7. (Продолжение)

Вариации → На переднем плане ↓	$Sch_5 + +$	$Sch_6 - -$
2. Два стремления: двойная тенденция а) горизонтальное длание	Интроективная инфляция, интроинфляция, всемогущество и обладание всем, тотальный нарциссизм. Пик: начало профессиональной карьеры (20–30 лет); второй пубертатный период (12–16 лет). Клиника: параноидная шизофрения у подростков; неустойчивая психопатия (респущенность) с примесью шизомагии. Пароксизмы: мигрень, атипичные приступы, эквиваленты эпилепсии. Криминальность: эксгибиционизм, бандитизм, убийства с целью ограбления.	Проективное отрицание, приспособление, при повышенном количестве в К – аутодеструкция. Пик: 40–80 лет. Клиника: мания; паралич (при повышенном количестве – I K; –I p); деструктивно-негативистичная кататония ($Sch -I -, Sch -II -$), истерия страха и конверсионная истерия. Криминальность: (при повышенном количестве в К): эксгибиционизм, режé пьянство, суицидальные тенденции
б) вертикальное навязчивое длание	$Sch_7 \pm 0$	$Sch_8 0 \pm$
	Интроотказ, механизм навязчивости, мужское Я-мажор. Пик: второй пубертатный период (13–16 лет); первый пубертатный период (3–4 года); предпубертатный период (9–12 лет); долатентный период (5–6 лет). Клиника: невроз навязчивости, ипохондрия, конверсионная истерия, навязчивый бред при психозах. Криминальность: воровство, бандитизм	Инфлятивная проекция, заброшенность, кастрационный комплекс, женское Я-минор. Пик: в раннем детском возрасте (3–6 лет), предпубертатный период (9–12 лет), климакс (40–80 лет). Клиника: пассивная гомосексуальность у мужчин; гебоидный психоз, преморбидная фаза параноида; режé – конверсионная истерия. Криминальность: гомосексуальные преступления; убийства на почве сильной ревности.
с) диагональное деление: рассцепление	$Sch_9 + -$	$Sch_{10} - +$
	Интроективная проекция, интропроекция, аутизм, прямое Я. Пик: фаза упрямства, первый пубертатный период (3–4 года); латентный период (5–8 лет). Клиника: депрессия, аутистическая шизофрения, слабоумие, интропроективные сексуальные отклонения (фетишизм, садомазохизм, эксгибиционизм). Криминальность: преступления – аутистично-шизоформные взломы и громилы	Отрицаемая инфляция, подавление, запрещение; Пик: предпубертатный период (9–12 лет); конечная фаза второго пубертатного периода (17–20 лет); послепубертатный период (20–30 лет). Клиника: конверсионная истерия, ипохондрия, навязчивые состояния (при $Sch \pm 0$); – половая незрелость: импотенция, сексуальная скованность, фиксация на полиморфно-перверсивной ступени развития или подавленная гомосексуальность. При кататониформной шизофрении – повышенное количество ($Sch -I +I$). Криминальные поступки редки.

Таблица 7. (Окончание)

Вариации → На переднем плане ↓	$Sch_{11} - \pm$	$Sch_{12} \pm -$	$Sch_{13} + \pm$	$Sch_{14} \pm +$
3. Три стремления: тройная тенденция	Подавленная проекция, отчуждение как от окружающего мира, так и от самого себя, отрицание своей заброшенности и женственности, деперсонализация. Пик: 30–40 лет; конец пубертатного ларриода (17–18 лет); климакс (40–60 лет). Клиника: ипохондрия, конверсионная истерия, алкоголизм с бредом, бред ревности, наркомания, органический психоз, эпилепсия. Криминальность: убийства под влиянием сильных аффектов при деструктивном бреде.	Проекция, сдерживаемая посредством навязчивости, фути, сбегующее и пароксизмальное Я. Пик: возраст посещения детского сада (4–6 лет), начало обучения в школе (7–8 лет), преклонный старческий возраст (70–80 лет). Клиника: тяга к бродяжничеству (пориомания), паранойя, врожденная эпилепсия, депрессия (может быть при $Sch + -$), заикание. Криминальность: клепто-, пиромания, социальные отклонения, влечение к бродяжничеству с уклонением от работы (лень), убийство на почве полового извращения или под влиянием аффектов.	Инфляционная проективная интроекция, одобрение и принятие оставленности и женственности, предварительная фаза тотальной интроекции. Пик: ларвный, инфантильный пубертатный период (3–4 года), второй, подростковый пубертатный период (13–18 лет). Клиника: проективные, паранойдные неврозы с влечением к аластии и нарциссизмом; невроз страха. Криминальность: обман, мошенничество, аферизм.	Инфляция, сдерживаемая посредством навязчивости, навязчивая дефляция, «касторжное» Я. Пик: 17–20 лет. Клиника: фобия, лараноидные неврозы, пароксизмальные приступы.
4. Четыре стремления: четверная тенденция	$Sch_{15} \pm \pm$			
	Интеграция, полностью интегрированное Я, Я, предвещающее катастрофу, фундамент для появления Я верховного жреца (Pontifex). Пик: второй пубертатный период (13–16 лет), завершение созревания (17–20 лет). Клиника: невроз страха и истерия страха; фаза, предшествующая сумасшествию или мечалу приступа. Криминальность: убийства, совершаемые пароксизмальными индивидами.			
5. Ни одного стремления: Нулевая тенденция	$Sch_{16} 0 0$			
	Дезинтеграция, Я переизменен и изменений, бессилие в Я, сумеречные состояния, абсанс, потеря Я. Пик: в возрасте 60–70 лет; между 20 и 30 годами. Клиника: бисексуальность (у лесбиянок); садомазохистские ларварии; нечальный ларриод помашательства; фобия; ипохондрия; пориомания; абсанс; параноид после отказа от навязчивостей. Криминальность: преступления, совершенные в сумеречном состоянии; пиромания, убийства под влиянием сильных аффектов.			

Рис. 12 Вариация Я картин вектора *Sch*



Если мы еще раз обратимся к психологии и диагностике влечения Я, необходимо дополнительно обратить внимание читателя на следующие новые направления в этой области:

1. Экспериментальный анализ Я позволил рассмотреть обсуждавшиеся ранее совершенно отдельно и изолированно друг от друга процессы проекции, инфляции, интроекции и отрицания в их синхронных взаимосвязях, раскрыть их как хронологически взаимосвязанные элементарные функции сферы Я, как четыре фазы эго-функций, находящиеся в непрерывном круговороте жизни Я. В этом мы усматриваем важнейшее достижение экспериментальной диагностики в сфере психологии Я.

2. Благодаря доказательству, полученному в проведенных экспериментах, что Я остается здоровым до тех пор, пока оно находится в движении, было обнаружено, что болезнь Я означает застревание Я на каком-либо периоде своего четырехфазного циклического обращения.

3. Из этого следует важный клинический факт: форма проявления невроза или психоза, а также характера в первую очередь зависит от места фиксации Я на пути циклического обращения. Таким образом, мы различаем: 1. проективные, 2. инфлятивные, 3. интроективные, 4. негативистичные формы неврозов, психозов и формирования характера, клинические проявления которых первоначально зависят от застоя обращения Я на специфической ступени. Комплексные проявления заболеваний Я, причем всех без исключения, можно объяснить посредством двойных, тройных и четверных тенденций в жизни Я.

4. Благодаря найденной возможности психодиагностически выявлять все фазы Я, которые простираются между тотальной интеграцией и полной дезинтеграцией, экспериментальному анализу Я удалось создать ясную основу — ранее абсолютно беспочвенную — для таких понятий, как «сила Я» и «слабость Я».

5. Психопатология полностью подтверждает то, что влечение Я состоит из двух противоположных погребностей эго-влечения: из эгодиастолы и эгосистолы. Экспериментально можно легко установить, что при проективном и инфлятивном параноиде обнаруживается доминирование диастолы, а при кататонической форме мы постоянно встречаем патологическое господство систолы. Разложение жизни Я на функции диастолы и систолы дает к тому же прочную основу для типологии и характерологии.

6. То, что экспериментальный анализ Я, наряду с телесным и психическим Я, вводит еще и понятие метафизического Я (*Pontifex oppositorum*), открывает путь к пониманию трансцендирующего Я, а этим — к пониманию партиципации Я с наивысшей потусторонней инстанцией божественным духом.

РАЗДЕЛ VI

ПРИЛИПАНИЕ (ПОСТОЯНСТВО) И ПОИСК, ПРИВЯЗАННОСТЬ И РАЗРЫВ ОТНОШЕНИЙ. ВЛЕЧЕНИЕ К КОНТАКТАМ. ВЕКТОР С

В системе влечений экспериментальной диагностики влечений *влечение к контактам* — как и все другие векторы влечений — состоит из четырех противоположных стремлений, которые образуют два фактора (каждый из них состоит из позитивной и негативной тенденции).

Четырьмя стремлениями к контактам являются:

- | | |
|---|--------------|
| 1. Идти-на-поиски, тенденция к изменению | = + <i>d</i> |
| 2. Прилипание к прежнему объекту, тенденция к постоянству | = — <i>d</i> |
| 3. Крепкая привязанность, тенденция к принятию и безопасности | = + <i>m</i> |
| 4. Разрыв связей с объектом, тенденция к свободе | = — <i>m</i> |

Из двух первых противоположных друг другу тенденций, тенденции идти-на-поиски и тенденции к прилипанию (постоянству) образуется фактор влечения *d*. А из тенденций к крепкой привязанности и тенденции разрыва отношений формируется фактор влечения *m*.

Вначале при формировании влечения к контактам мы исходили из маниакально-депрессивного психоза, то есть, из психологии депрессии (*d*) и мании (*m*). Но уже очень рано мы обнаружили, что выявляющиеся здесь составные элементы влечения к контактам частично являются теми самими, что Имре Херманн в 1936 году описал под видом пары противоположностей: *идти-на-поиски* и *крепкой привязанности*^{*}. Это нововведение Херманна натолкнулось на сопротивление психоаналитиков. Понять это можно только после того, как мы вначале более подробно исследуем фрейдовскую концепцию объекта влечения.

* Hermann I Sich-Anklammern — Auf-Suche-Gehen. «Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse», том XXII, 1936 г.

По мнению Фрейда, уже само понятие влечения подразумевает то, что во влечении имеется объект. Объект является одним из (технических) признаков влечения. Фрейд выставил четыре подобных признака: 1. *порыв* (напор), 2. *цель*, 3. *объект* и 4. *источник влечения*^{*}.

Под *напором* влечения Фрейд понимает сумму энергии, которой наделено влечение. *Целью* влечения является его *удовлетворение*. *Объектом* влечения «является то, в чем или посредством чего влечение может достигнуть своей цели». «Он» — пишет Фрейд дальше — «является самым переменным во влечении, да и первоначально влечению не приписан никакой специфический объект, объект появляется только в результате его выявившейся пригодности для удовлетворения. И не обязательно это должен быть внешний объект, с таким же успехом им может стать свое собственное тело. Объект может сколь угодно часто меняться в течение жизненной судьбы влечения; такой возможности смещения влечения необходимо приписать самую значительную роль»^{**}. Здесь важны еще два других утверждения Фрейда:

- *Один и тот же объект может одновременно служить для удовлетворения нескольких влечений (скрещивание влечений по А. Адлеру)*
- *Какое-либо влечение может столь сильно и длительно фиксироваться на определенном объекте, что такая фаза может серьезно угрожать дальнейшему развитию и подвижности всей жизни влечений.*

Источник влечений Фрейд усматривает в соматических процессах органов или частей тела (эрогенные зоны), возбуждение которых в психической жизни представлено в форме влечений^{***}.

Чтобы во влечении наряду с напором, целью и источником можно было выделять еще и «объект», прежде, по Фрейду, должно существовать отношение влечения к своему объекту^{****}. Таким образом, объект «привязан к влечению». И только позднее Фрейд стал говорить, что *объект не столь прочно привязан к влечению, как он (Фрейд) предполагал ранее*. Влечение может менять свои объекты^{*****}.

И все равно, даже несмотря на такую корректуру прежних взглядов, объект остается для Фрейда только признаком влечения. По мнению Фрейда, объект и влечение изначально связаны друг с другом. У Фрейда мы нигде не найдем речи об *особой потребности в поиске объектов*, о том, что только после удавшегося поиска и может возникнуть привязанность к найденному объекту. Такая новая постановка вопроса является заслугой Имре Херманна.

Зададимся вопросом: *можно ли из того факта, что каждое влечение для своего удовлетворения должно иметь объект, делать простой вывод о том, что потребность в поиске объектов и их сохранении посредством крепкой привязанности с самого начала и у любого влечения совпадает с его особенным инстинктивным притязанием?* Действительно ли каждому влечению изначально присущи поиск объекта и его

* Freud S. Metapsychologie: Triebe und Triebchicksale. Ges. Schr., том V, стр. 447 и след.

** Там же, стр. 448

*** Там же

**** Freud S. «Psychoanalyse» und «Libidotheorie», Ges. Schr., том XI, стр. 220 и след.

***** Там же, стр. 220

сохранение? Или же *поиск объектов и привязанность к объекту являются особыми функциями некоего другого, специфического влечения?* Мы присоединяемся ко второму взгляду, представленному И. Херманном, встраивая самостоятельное влечение к поиску и привязанности в нашу систему влечений.

Мы допускаем существование специального влечения к контактам, чьей особой целью является отыскивание внешнего объекта и привязанность к нему, чтобы надежно сохранять его для себя, для своего собственного удовлетворения.

Слово «контакт» происходит от латинского глагола *contingere*, общим смыслом которого является: прикасаться, хватать, обнимать, захватывать, переживать, испытывать, *прикасаться для познания*, пачкать, марать, обещещающее прикасаться, заражать, подниматься-опускаться, толкать, примыкать (прилегать), добиваться, связываться, встречаться. А в переносном смысле *contingere* означает еще: *находиться в соприкосновении, в отношениях*, иметь отношение, обращаться к кому-либо, следовать, полагаться, быть компетентным, притрагиваться, *ощущать*, осквернять, чего-то добиваться, к чему-то приходить, окалчивать (торчать), *удаляться*, доставаться (выпадать на долю).

Мы только что перечислили всевозможные значения глагола *contingere*, так как анализ влечения к контактам убеждает нас в том, что все смысловые значения этого латинского глагола в действительности можно встретить в качестве форм проявления влечения к контактам.

Прамоделью влечения к контактам является цепь двигательных актов, посредством которых новорожденный отыскивает грудь матери и прикасается к ней ртом, хватается и держится за нее, оценивая ее к ней прикасается и сосет. Короче говоря: *оральность*. *На всю нашу жизнь грудь матери остается прабъектом любых инстинктивных отправлений-на-поиски и всех форм привязанности*. Так как в сущности любых видов «вступления-в-контакт» мы постоянно найдем *ядерную потребность, заключающуюся в отыскании эрзац-объекта материнской груди для того, чтобы привязаться к нему*.

Из первоначальной формы поиска и привязанности к материнской груди можно вывести более поздние инцестуозные отношения ребенка ($C \rightarrow +, - 0$), которые оба партнера, начиная общаться, ощущают как что-то обесценивающее и позорящее. Потому и *страх инцеста*.

Соприкоснуться с кем-либо, вступить в отношения, иметь отношение с кем-либо, притрагиваться и дотрагиваться, добиваться взаимности от объекта, и даже опозоривание и осквернение любимого объекта (фактор d): все это проявления, которые мы постоянно встречаем в пространстве контактов.

Чувства удачи или неудачи, счастья или несчастья, получения или потери объекта являются *источником всех настроений и оттенков счастливости и несчастливости*, которые мы прежде всего можем наблюдать у людей, экстремально больных контактами, у маниакально-депрессивных людей. Все эти феномены контактов мы можем обнаруживать уже у высших видов животных (Херманн И., 1943). Единственным проявлением контактов, которое, на наш взгляд, может приобретать решающее, формирующее судьбу значение только у человека, является *потребность в признании, признании, одобрении другими (объектами поддержки и опоры, то есть матерью, отцом, сибсами, партнером по любви и браку, работодателем, коллегами и т. д.) возможности-быть-таким-как-есть*. В этой потребности признания, присутствующей влечению к контактам и приводящему в определенных обстоятельствах

к тяжелым неврозам признания, к криминальности и психопатии контактов (как, например, наркомании и распушенности), и даже к психозам контактов (депрессивному психозу и мании), мы усматриваем один из важнейших факторов воспитания.

Из предварительного знакомства с сущностью влечения к контактам читателю становятся понятными разнообразные формы проявления влечения к контактам:

- 1) поиск, захватывание материнской груди, которую ребенок судорожно хватается своим ртом; то есть *оральность*: $+ m$;
- 2) *инцестуозное отношение* к одному или обоим родителям ($C - +, - 0$);
- 3) прилипание к прежнему объекту (к матери) и невозможность выпустить его: *анальность*: $- d$;
- 4) *сохранение объекта* в качестве эрзаца материнской груди: $+ m$;
- 5) *отделение, освобождение себя* от матери: $- m$;
- 6) *немедленное отправление-на-поиски* другого объекта поддержки: $+ d$;
- 7) *вступление-во-взаимоотношение с ценными объектами мира*, короче говоря, *тенденция приобретать*: $+ d$;
- 8) *постоянное стремление получать одобрение, принятие, признание* со стороны поддерживающего объекта и со стороны окружающего мира: $+ m$;
- 9) ощущение своего счастья или несчастья, *приподнятое или упадническое настроение, вообще вся шкала настроений* (Э. Кречмер) человека, столь сильно зависящая от принятия или неприятия, от удачи или неудачи, от наступления или утраты счастья;
- 10) *открытость к контактам* ($C + +$) и *ограничение любых форм контактов* ($C - -$), *социальная включенность*: $+ m$ или *одиночество, запущенность и заброшенность*: $- m$;
- 11) *распушенность и неустойчивость в сексе, пьянстве, курении, еде и т. д.*, да и вообще *одержимость болезненными пристрастиями как проявление психопатии*: $- m, + m$;
- 12) *жадность, скупость, корыстолюбие, страсть к коллекционированию*: $- d$ (= *анальность*) и *страсть к расточительству*: $+ d$ в качестве патологической черты характера;
- 13) *большая выдержка в работе, умение сконцентрироваться или неспособность к концентрации*: $- d, + d$;
- 14) и, наконец, *доверие* ($C - +$) и *недоверие* ($C + -$) к семье, партнеру, расе, классу, нации и религии.

Таким образом, все формы проявления коммуникации определяются влечением к контактам.

А каким же образом другие шесть факторов влечений взаимосвязаны с факторами d и m ?

На основе результатов, полученных в почти 30-летнем экспериментировании с семьью факторами влечений, мы считаем наиболее вероятными следующие рабочие гипотезы: в бессознательном пробуждается какая-либо потребность. Она стремится быть удовлетворенной. Но это возможно только в тех случаях, когда эта потребность *сначала* *отыщет* подходящий для себя объект (d) и сможет его сохранить для своих целей (m). Только тогда и сможет быть удовлетворена первоначально пробужденная потребность.

В соответствии с этой гипотезой любая потребность для своего удовлетворения *вначале* должна привести в движение влечение к контактам. Формально механизм удовлетворения потребностей можно представить следующим образом:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. $h \longrightarrow d\ m;$ | 2. $s \longrightarrow d\ m$ |
| 3. $e \longrightarrow d\ m;$ | 4. $hy \longrightarrow d\ m$ |
| 5. $k \longrightarrow d\ m;$ | 6. $p \longrightarrow d\ m$ |

А глубинно-психологически это говорит о том, что потребность в любви к конкретной персоне и ко всему человечеству (h), потребность в садизме и мазохизме (s), потребность быть Каином ($-e$), стремление кого-либо убить из-за зависти и ревности, как и потребность по отношению к какому-либо человеку спонтанно заглянуть все причиненные ему несправедливые страдания, то есть стремление быть Авелем ($+e$), потребность в интроекции ($+k$) и отрицании ($-k$), а также в проекции (обвинении $-p$) и инфляции (одержимость, удвоение $+p$), *все эти потребности влечений могут быть удовлетворены только тогда, когда они вначале успели отыскать объект (d) и сохранить его для себя (m).*

Эта рабочая гипотеза достаточно хорошо объясняет необходимость включения влечения к контактам, вектора С, в нашу систему влечений.

*

Под конец этого общего введения в сущность вектора к контактам необходимо еще вкратце указать на различия, существующие между тремя формами межличностных отношений. Привязанность Я к Ты может объясняться различными потребностями влечений:

1. *Либидозная привязанность, то есть любовь, которая порождается и сохраняется инстинктивной энергией эроса. Сексуальная привязанность является только одной из возможных эротических форм привязанности. Все они глубинно-психологически принадлежат векторному пространству S.*

2. *Партиципационная привязанность, единение с Другим, является тем двойным существованием моего Я и Я Другого, которое возникает в результате взаимного переноса силы существования, власти бытия, на Другого. Такая партиципационная привязанность осуществляется не в сексуальном влечении, а в пространстве вектора Я.*

3. *Коммуникативная привязанность, то есть, коммуникация между Я и его актуальным объектом, когда каждый из них ерема от времени берет на себя активную роль. Такая привязанность обусловливается инстинктивной энергией потребностей в поиске и привязанности. В качестве коммуникации эта привязанность принадлежит пространству контактов С.*

Таким образом, наиболее сильным отношение Я-Ты будет тогда, когда оно одновременно будет питаться из либидозных (S), партиципационно-экзистенциальных (Sch) и коммуникативно-контактных (C) источников. Но такого рода отношения появляются чрезвычайно редко, да и когда они все-таки появляются, то неизбежно имеют эпизодический характер. Потому было бы неправильным все формы привязанности, существующие между Я и Ты, объяснять одним единственным источником, или только эросом (S), или только партиципацией (Sch), или только коммуникацией (C). То есть, вначале мы должны уметь понятийно четко разделять феномены любви « S », партиципации « Sch » и коммуникации « C », а затем посредством критического экспериментального рассмотрения поточнее исследовать специфические источники в каждом конкретном случае.

Так как только таким способом и возможно глубинно-психологически понять и прогностически правильно оценить особую природу конкретного отношения Я-Ты. Уравнивание понятий любви, партиципации и коммуникации, которое происходит в повседневном использовании языка, на наш взгляд, является грубой ошибкой, так как три формы привязанности разыгрываются в *трех различных пространствах влечений*.

ГЛАВА 13

СУЩНОСТЬ И ПСИХОЛОГИЯ ПРИЛИПАНИЯ, ПОСТОЯНСТВА И ОТПРАВЛЕНИЯ-НА-ПОИСКИ, ФАКТОР d

Побуждение прилипнуть к материнской груди при сосании, блаженное застывание в этом архаичном положении, побуждение противодействовать любому его изменению, желание продолжать лежать в своем собственном кале и урине, писать в штаны и в постель, играть с экскрементами (испражнениями), размазывая и пачкая ими свое тело, пол и стены (анальность, копрофилия), а позднее вместо этой анальной пратенденции довольствоваться игрой с песком, пластилином и рисованием, а еще позднее сводить все к тенденции *коллекционирования* и алчному *удерживанию* того, что имеет *предполагаемую или реальную ценность*, удовольствие копить и экономить, жадность, корыстолюбие, скупость и алчность, радость отказывать и *сохранять то, что больше никогда не пригодится*, упорное застывание в бесцельном консерватизме, социально-позитивная тенденция доверия к семье, расе, классу, нации и религии ($C - +$), короче говоря, *тенденции постоянства и неизменности* во всех областях существования психодиагностически являющиеся проявлениями *негативного фактора d ($-d$)*.

И совершенно противоположно тенденции постоянства ($-d$) побуждение к *изменению, отправлению-на-поиск* новых объектов, тенденция к новшествам, *побуждение к приобретению новых ценных объектов, любопытство*, толкающее людей на нахождение и завоевывание новых миров, побуждение к *щедрости, безмерности и безграничности*, к *проматыванию всего ценного, недоверие* ($C + -$); все эти тенденции психодиагностически являющиеся проявлениями феноменов *позитивного фактора d ($+d$)*.

Ничего не может быть в постоянстве и изменении, в прилипании и отправлении-на-поиск, в жадности и расточительности, в закоренелом консерватизме и в свободомыслием, либеральном побуждении к новшествам, в алчности, страсти к коллекционированию и безмерной щедрости, в доверии и недоверии к миру, без того, чтобы при этом не проявлялась активность фактора d . Без него невозможна ни консервация старых, ни приобретение новых ценностей. Без фактора d человек не сможет пережить ни липкой индустуозной любви ($C - +, - 0$), ни освежающей любви к чужому человеку ($C + 0$). Без фактора d не было бы ни частных, ни общественных музеев и выставок сокровищ искусств, не существовало бы национальной экономики и богатства, не было бы банковских сделок и операций, антиквариата и изучения

художественных произведений, как и никаких открытий новых земель, новых отраслей промышленности и торговли. Не было бы бирж, не существовало бы депрессии, являющейся следствием потери значимого объекта. Фактор d делает людей то счастливыми, то огорченными до смерти.

I. Анализ нулевых реакций d

$0 d$

В общем-то эта реакция означает как *нежелание-отправляться-на-поиск*, так и *нежелание-прилипнуть*.

1. Состояние затишья в поисках и прилипании может появиться после того, как персона нашла для себя объект поддержки, к которому персона хотя и не приклеена, но чувствует с его стороны достаточное принятие, так что поиск нового объекта не стоит на повестке дня ($C 0 +$).

2. В противоположном состоянии тоже отсутствует как продуманное, спокойное отправление-на-поиск, так и приклеивание, и именно потому, что персона после отделения от прежнего объекта *безо всякого выбора* хватается то за одно, то за другое вместо того, чтобы действительно начать целенаправленный поиск: *гипоманиакальная реакция* ($C 0 -$).

3. Состояние затишья в поисках и приклеивании наиболее четко выражено в состоянии несчастья ($C 0 +$). Здесь персона не знает, должна ли она и дальше оставаться привязанной к прежнему объекту, или необходимо его бросить? Привязанность ее отличается амбивалентностью и ненадежностью. У персоны пока полностью отсутствуют внутренняя готовность, а также мужество отправиться на поиск нового партнера для общения (коммуникации).

4. Тенденция к изменению и поискам отсутствует и у детей, у которых стало уже невозможным прежнее прилипание к матери. Но желание и дальше безопасно сидеть в лоне матери и вообще никаким образом не заботиться об объектах окружающего мира настолько велико ($C 0 0$), что такие дети не решаются отправиться на поиски в реально существующем мире.

II. Анализ позитивных реакций d

$+ d$

а) при чрезмерном количестве: $+ ! d, + !! d, + !!! d$

Такая редкая форма гипертонии тенденции поиска может быть указанием на то, что персона пытается вознаградить себя незаконным способом за потерю матери. Это может приводить к сексуальной распущенности или дон-жуанизму. А одновременное соединение реакций $+ ! s, 0 s$ и $+ ! d$ (= анальный садизм) может истол-

ковываться и как указание на клептоманию — особенно у подростков. Сопряжение же $-!s$ или $0s$, $+k$ и $+!d \pm t$ указывает на первую, так называемую интроективную фазу депрессии, начинающуюся после потери объекта.

б) обычные позитивные реакции d

Вместе с $+t$ ($C++$) это говорит о том, что персона отправилась на поиск, хотя одновременно она остается привязанной к прежнему объекту ($+t$). Такую картину контактов мы называем *би- или мультилатеральной* привязанностью. Персона пытается иметь одновременно несколько объектов. В работе такая реакция означает плохую концентрацию, а в любви — открытую готовность к вступлению в отношения с обоими полами.

Вместе с $-t$ ($C+-$) мы получаем классическую картину отправления-на-поиск ($+d$) после отделения от прежнего объекта ($-t$) или после потери прежнего партнера. В такой ситуации привязанности интерес и любопытство к новым объектам особенно велик.

Вместе с $\pm t$ ($C\pm$) поиск ($+d$) проходит в печали и *депрессии* из-за сохраняющейся привязанности к прежнему ненадежному объекту ($\pm t$). А соответственно этому и плохая концентрация в работе.

Вместе с $0t$ ($C+0$) потребность поиска достигает в пространстве контактов унифункционального доминирования, так как привязанность здесь сведена до минимума и даже полностью отсутствует. Вечный поиск тоже плохо сказывается на рабочих достижениях и на концентрации внимания, нередко здесь обнаруживается полная непригодность к работе.

III. Анализ негативных реакций d

$-d$

а) при чрезмерном количестве: $-!d$, $-!!d$, $-!!!d$

Тенденция к постоянству патологически повышена. Приклеивание к прежнему объекту — чаще всего в форме *inceстуозной привязанности к родителям* — делает невозможным какое-либо изменение в жизни контактов. В определенных обстоятельствах можно предполагать и патологически повышенную анальность в сексе; и особенно при сцеплении $-!d \pm !s$, тогда можно думать об анальном мазохизме, перверзии или инверзии. В характере $-!d$ обнаруживается в виде скупости, жадности и алчности, в виде повышенной тенденции к задержке своих реакций, которая нередко психосоматизируется в форме хронических запоров.

б) обычные негативные реакции d

Вместе с $+t$ ($C--$) перед нами — картина пролонгированной привязанности к родителям (*inceстуозные любовь или ненависть*). Вместо привязанности к родителям

такое приклеивание может означать приверженность какой-либо идее, если только сексуальная картина носит в себе признаки гуманизации ($S - -, S - 0$).

Вместе с $-t$ ($C - -$) ограничение любых форм контактов становится очень опасным, так как персона по-прежнему остается приклеенной к объекту ($-d$), несмотря на то, что в реальности она уже от него отделилась ($-t$). Эта полностью ирреальная привязанность делает персону неспособной вступить с кем-нибудь в контакт в реальной жизни; такое, например, мы встречаем у бредовых больных, при тяжелых состояниях страха, у маниакальных больных. Нарушен контакт с окружающим миром, да и вообще с жизнью. Необходимо учитывать еще и возможность появления суицидальных мыслей (при $Sch - 1 \pm$).

Вместе с $\pm t$ ($C - \pm$), несмотря на наличие ограничений в контактах ($C - -$), персона еще остается привязанной к жизни или к какому-либо ценному объекту в реальном мире. Только привязанность эта несчастливая ($\pm t$).

При $0 t$ ($C - 0$) приверженность прежнему становится еще более сильной, чем это было в случае контактной картины $C - +$. Не существует готовности к изменению прежнего отношения в контактах. Персона неспособна осуществить преобразования в своем положении контактов. Все остается и дальше таким, каким оно было прежде, словно бы все в душе окаменело.

В ситуациях контактов с $-d$ мы повсюду обнаруживаем две важные клинические черты:

- Носители таких реакций чаще всего неспособны на то, чтобы переориентироваться на какую-либо другую деятельность;
- Они постоянно одержимы страхами и подавленностью, так как времена пребывания в инфантильном состоянии уже давно прошли, окружающий мир изменился; сами же они, словно маленькие дети, продолжают сохранять приверженность такой форме привязанности, которая уже давно потеряла свою физиологическую актуальность.

IV. Анализ амбивалентных реакций d

a) При чрезмерном количестве: 1) $\pm 1 d$; 2) $\pm 1 d$

Первая вариация указывает на ситуацию, в которой — несмотря на амбивалентный вопрос: нужно ли персоне отправляться на поиск или лучше оставаться приклеенным к прежнему объекту — сильнее сказывается тенденция к поиску.

При второй вариации, наоборот, в поисковой амбивалентности ($\pm d$) более сильной тенденцией является приклеивание.

b) Обычные амбивалентные реакции d

Вместе с $+m$ ($C \pm +$) трудности в контактах становятся потому столь огромными, что наряду с амбивалентностью в «поисках-приклеивании» контакты затрудняются еще и билатеральной привязанностью ($C + +$). Эта контактная картина носит в себе также инцестуозные признаки ($C - +$).

Вместе с $-m$ ($C \pm -$) ограничения контактов смягчаются тенденцией поисков. Персона уже потеряла прежний объект ($-m$), но пока неуверенно задает себе вопрос: нужно ли искать новый объект ($+d$) или и дальше ирреально оставаться приклеенным к прежнему потерянному объекту ($-d$)?

Вместе с $\pm m$ ($C \pm \pm$) дилеммы в контактах становятся полными; доверие ($C - +$) сражается с недоверием ($C + -$), чрезмерной открытости в контактах, билатеральности ($C + +$) противостоит тенденция к полной заблокированности контактов ($C - -$). Велико распыление внимания и в профессиональной деятельности.

Вместе с $0m$ ($C \pm 0$) мы обнаруживаем отсутствие привязанности ($0m$); персона не может решиться на окончательный выбор: нужно ли ей искать новый объект ($+d$) или — несмотря на отсутствие привязанности — продолжать и дальше быть приклеенной к прежней связи ($C - 0$); причем здесь обнаруживается определенная примесь инцестуозной привязанности. В поиске доминирует амбивалентность.

Для всех четырех вариаций реакции $\pm d$ характерен, с одной стороны, альный, навязчивый характер, а с другой стороны, — склонность к фобии, страху и подавленности.

ГЛАВА 14

СУЩНОСТЬ И ПСИХОЛОГИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ И РАЗРЫВА СВЯЗЕЙ, ФАКТОР m

Стремление прочно и почти что неразрывно, ртом и руками прицепиться к груди и телу матери — словно к древу жизни — *привязаться* к матери и *сохранять* ее, а также *сохранять* все более поздние заменяющие ее эрзац-объекты только для одного себя и на вечные времена, стремление заботиться под юбку матери и увековечить этот уют и безопасность, *стремление быть принятым матерью безоговорочно, с изначальным доверием, без всяких условий и таким, каким ты и являешься на самом деле*, целиком и полностью быть одобренным ею во всех своих качествах — независимо от того, хорошие они или плохие — побуждение влюбленных ловить друг друга руками и губами, восхищаться друг другом, ласкать и раскрываться друг перед другом, «так как при этом ощущаешь, как тебя одаривает целая вечность» (Р. М. Рильке¹), *побуждение*

¹ Rainer Maria Rilke. Duineser Elegien. Insel Verlag. 1949 г., стр. 12–13.

привязываться к жизни и к своему существованию, сохранять для себя вечность посредством деяний и славы, умение избегать болезней, несчастных случаев и преждевременной смерти («застраховаться»), все эти могущественные притязания в людях обуславливаются стремлением привязанности ($+ m$).

Противоположное ему стремление; побуждение отделиться от материнской груди, расстаться с материнском древом жизни, освободиться от объятий любящего тебя человека, побуждение порвать все связи, которые приковывают нас к матери, отцу, сибсам, жене, мужу, детям, друзьям и устаревшим идеям, побуждение наконец-то *стать совершенно свободным*, избавляясь от любого рода неприятной коммуникации, дуалюньон и сообщества-с-Другим-человеком, позволение себе наконец-то «в одиночестве пройти через сад» (Р. М. Рильке), побуждение жить в одиночестве как отшельник, тосковать о состоянии Не-Бытия, одиноко стоять у границ существования со страстным ожиданием пред окном погустороннего мира, такое общечеловеческое побуждение к свободе покоится на стремлении к отделению и разрыву связей ($- m$).

Нет ничего в привязанности ($+ m$) и разрыве связей ($- m$), в объятиях и отвержении, в речи, еде, питье, курении, поцелуях (оральность, $+ m$) и зажимании рта, в молчании, в соблюдении поста, в страданиях от жажды и пренебрежении всем, что нам может предоставить оральное наслаждение ($- m$), в страсти к вечной жизни ($+ m$) и к смерти ($- m$), в тесном существовании друг с другом ($+ m$) и в одиночестве ($- m$) такого, на чем бы не сказывалось влияние инстинктивного фактора m .

Только этот фактор и способен сделать из любого человека *ближнего* для других людей. Но это не только социальный фактор сплоченности во всех межличностных отношениях и организациях, но и жестокий фактор разрыва отношений и поселения в людях раздора, фактор одиночества и заброшенности ($-1 m$), фактор наркоманий любого типа, начиная от простых пристрастий и кончая убивающими запоем и токсикоманиями.

То обстоятельство, что фактор m входит в тесную кооперацию с факторами любви (h) и партиципации (p), объясняет причину того, почему классический психоанализ причисляет некоторые проявления фактора m , обуславливающего контактную, межличностную коммуникацию, к пространству действия эроса. Мы уже говорили, что экспериментальная диагностика влечений разработала четкую дифференциальную диагностику любви (S), партиципации (Sch) и коммуникации (C), придавая этому большой вес.

I. Анализ нулевых реакций m

0 m

Нулевые реакции в факторе m обозначают:

- 1) детскую, судорожно оцепеневшую, непрекращающуюся ни на миг и как раз потому постоянно неудовлетворенную форму привязанности, особенно у маленьких детей, далее у людей с неврозом страха и неврозом принятия;
- 2) эпизодическое или постоянное отсутствие стремления к привязанности, так, например, при усталости, при отрицании жизни и т. д.;

- а) вместе с $+d$ ($C + 0$): в пространстве контактов доминирует стремление к поиску, а тенденция к привязанности парализована;
- б) вместе с $-d$ ($C - 0$) реакция $0\ m$ скорее будет означать залипание в привязанности, причем чаще в инцестуозной любви, когда это прилипание ($-d$) делает невозможным любой вид изменения и отделения от прежнего объекта;
- в) вместе с $\pm d$ ($C \pm 0$): привязанность приобретает застывшую форму в результате амбивалентности в поисках; хотя персона и хотела бы отправиться на поиск нового объекта ($C + 0$), прилипание и детское, инцестуозное застывание на прежнем объекте ($C - 0$) делает невозможным какое-либо изменение в связях. Возникают навязчивые и постоянные колебания и сомнения. И жизнь контактов не способна развиваться дальше;
- д) вместе с $0\ d$ ($C\ 0\ 0$): перед нами — как мы уже намекали — находится контактная форма раннего детства, при которой коммуникация с нематеринскими, чужими объектами становится невозможна в результате того, что ребенок постоянно хочет находиться под надежным покровительством матери или заменяющего ее объекта. Складывается впечатление, что все, что не является «матерью», воспринимается ребенком инородным и опасным. *Отсутствует первичное доверие к объектам окружающего мира.*

II. Анализ позитивных реакций m

$+ m$

а) при чрезмерном количестве: $+! m$, $+!! m$, $+!!! m$

Эта реакция извещает о гипертонии потребности в привязанности, находящейся совсем рядом у границы с наркоманией, особенно если одновременно обнаруживается $0\ d$ ($C\ 0 + I$, $C\ 0 + II$, $C\ 0 + III$).

Это довольно-таки неприятное, жуткое состояние, в котором мы чаще всего обнаруживаем пьяниц, людей с патологически повышенным стремлением к обжорству (полифагия), с нестихаемой голодной потребностью в привязанности и принятии (наркотическое стремление к принятию). Брошенные дети, еще не ставшие на момент отделения от матери достаточно самостоятельными, могут показывать подобное чрезмерное количество в факторе m .

б) обычные позитивные реакции m

Вместе с $+d$ ($C + +$): влечение к контактам открыто по отношению к жизни, но уж слишком для многих объектов. Мы здесь имеем в виду би- или мультilaterальные (многосторонние) межличностные отношения.

Картина контактов с $-d$ ($C - +$) представляет из себя пролонгированную (чрезмерно долго продолжающуюся) привязанность и прилепленность к одному из родителей, короче говоря, инцестуозную связь и доверие.

Вместе с $\pm d$ ($C \pm +$): хотя прилипание ($-d$) и привязанность ($+m$) к одному из родителей продолжает существовать и дальше ($C - +$), уже обнаруживается готовность искать ($+d$) в окружающем мире новый объект. Наличие амбивалентности в факторе d придает контактам черту навязчивости.

Вместе с $0 d$ ($C 0 +$): приходя диагностически проявляется *нормальная ситуация в контактах*. Персона одобряет свою жизнь и ценность существования, с которыми она тесно связана ($+m$). Поиск новых объектов прекращен ($0 d$), так как человеку удается сохранять привязанность к прежнему объекту.

III. Анализ негативных реакций m

- m

а) при чрезмерном количестве: $-!m, -!!m, -!!!m$

Очень опасная ситуация в контактах. Завышенное сверх всяких норм побуждение отделиться от родителей, общества и окружающего мира вводит персону в опасность дохождения до состояния полного *одиночества, запущенности и бесконтактности* с окружающим миром. Самые запущенные подростки, уголовные преступники, кандидаты в суициденты и психотики показывают такую реакцию в контактах.

б) обычные негативные реакции m

Вместе с $+d$ ($C + -$): эта реакция означает, что персона наконец-то решилась отделиться от родителей ($-m$) и отправиться на поиски нового замещающего их объекта ($+d$). Таким образом, этой картине контактов постоянно присуща черта недоверия.

Вместе с $-d$ ($C - -$): положение в контактах становится критичным. Персона прилипла ($-d$) к уже потерянному в реальности объекту ($-m$). Возникает *ирреальная заблокированность контактов, отращивание от мира, от жизни, отрицание любых возможностей получения удовольствий от своего существования*. При $C - -$ вместе с $-r$ или $\pm r$ тестология (психодиагностика) говорит о *негативном, ирреальном блоке реакций*, который довольно часто обнаруживается при существовании мыслей о самоубийстве.

Вместе с $\pm d$ ($C \pm -$): хотя еще и сохраняется заблокированность контактов ($C - -$), обнаруживающаяся тенденция к поиску объектов в окружающем мире ($+d$) действует смягчающе на болезненное отращивание от окружающего мира.

Вместе с $0 d$ ($C 0 -$): одиночество ($-m$) воздействует бесконтрольно и без всяких тормозов ($0 d$); оно приводит к неустойчивости, к клоунизму (разыгрыванию роли клоуна), да и в общем-то к гипомании.

IV. Анализ амбивалентных реакций m

а) при чрезмерном количестве: 1) $\pm l$; 2) $\pm m$

Обе этих формы представляют из себя — как и вообще $\pm m$ -реакции — несчастливую связь. В первом случае, несмотря на существующую отделенность от партнера ($-m$), в наличии еще остается желание привязанности ($+l$ m) — причем чаще всего это происходит в наркоманической форме, а при доминировании $-m$ разрыв связей с партнером и одиночество ($-l$ m) являются более сильными тенденциями в области контактов, несмотря на одновременную готовность к привязанности.

б) обычные амбивалентные реакции m

Проблема, существующая при такой реакции контактов, заключается в том, что персона пребывает в сомнении: должна ли она оставаться и дальше быть привязанной к прежнему партнеру или же необходимо от него отделиться? Такая амбивалентность в потребности привязанности всегда является признаком несчастливой, навязчивой ситуации, в которой персона часто бросается в погоню то за одним объектом, то за другим, но так и не находит прочной связи. Доверие поколеблено.

Вместе с $+d$ ($C + \pm$): сомнения и ненадежность контактов приводят к дурному настроению, к депрессии.

Вместе с $-d$ ($C - \pm$): несчастливое, навязанное положение в привязанности ($\pm m$) еще более отягощается; частично это объясняется инцестуозным желанием оставаться и дальше пребывающим в прилипани ($C - +$), но прежде всего это связано с тем, что, несмотря на заблокированность контактов ($C - -$), все еще продолжает сохраняться желание привязанности ($+m$).

Вместе с $\pm d$ ($C \pm \pm$): дилеммы в межличностных отношениях и связях достигают своего наивысшего пункта.

Вместе с $0d$ ($C 0 \pm$): в существующей связи доминируют разлад и раздоры ($\pm m$), несчастливая привязанность. А возможность изменения ситуации полностью парализована ($0d$).

ГЛАВА 15

АНАЛИЗ ВЛЕЧЕНИЯ К КОНТАКТАМ, ВЕКТОР C

Чем можно доказать самостоятельную природу влечения к контактам? Что за причины побудили нас, воспользовавшись Херманновской парой противоположностей, состоящей первоначально только из двух стремлений, сконструировать особое влечение с четырьмя особыми тенденциями и двумя специальными потребностями?

Чтобы суметь ответить на этот вопрос, мы должны испытать влечение к контактам на основе пяти общих критериев влечения:

Что может говорить о генетической обусловленности влечения к контактам? (первый критерий). И. Херманн в целом ряде работ привел доказательства того, что два стремления: Отправление-на-поиски и привязанность филогенетически глубоко укоренены в истории приматов^{*}. Первые месяцы внематочной жизни детеныш обезьяны постоянно проводит на теле матери, к которому он прочно прицепливается руками и ногами. Херманн пишет: «Само это цепляние за мать являлось функцией четырех внешних органов (двух рук и двух ног), из которых одна пара (ноги) уже на первом году жизни находит себе замещающий объект в виде матери-земли. У примитивных народов еще и сегодня сохраняется традиция прикреплять ребенка к телу матери посредством бинтов и специальной одежды, причем *цуть ли не на целый день и так в течение многих лет*». Это реальное, физическое единение матери и ребенка действительно фактически является полной дуалюньон, непосредственной коммуникацией двух существ. Тосну и стремление маленького ребенка по этой совершенной форме коммуникации еще долгое время можно будет обнаружить в положениях спящего младенца или малыша, которые носят на себе знаки цепляния за мать. Положение рук и плеч в рисунках детей, а также на рисунках представителей примитивных племен, и даже в древнеегипетской культуре (*ка*)^{**}, скорее всего, говорит о доминировании цепляния за мать. И. Херманн упоминает и противоположную тенденцию, явление «освобождения себя», «отделения» и, как следствие этого, появление тенденции «Отправления-на-поиски». Тенденция прилипания ($-d$), хотя и не упоминается Херманном, но имплицитно явно подразумевается им в феномене привязанности ($C - +$). Мы встраиваем эту тенденцию во влечение к контактам в качестве тенденции, противоположной стремлению Отправляться-на-поиск. Херманн подчеркивает, что у всех подвидов приматов можно обнаружить проявления прицепливания-отделения и Отправления-на-поиск; и только в способе проявления, а также в продолжительности периода прицепливания мы обнаруживаем вариации. На подобные феномены еще до Херманна обратили внимание педиатры, неврологи и зоопсихологи. Известный в педиатрии *хватательный рефлекс* Моро заключается в том, что при резком отведении ручек ребенка в стороны он делает головой толчкообразные движения. Обе руки при этом отводятся назад, а вскоре после этого посредством тонического движения возвращаются в прежнее положение. Речь здесь идет об *унаследованном маленьким ребенком хватательном рефлексе*, который исчезает только в конце третьего месяца жизни^{***}. В эту группу рефлексов относятся, по мнению Херманна, еще и «реакции цепляния», которые, как считает Альвердес^{****},

* Hermann I : a) Zur Psychologie der Schimpansen (О психологии шимпанзе). «Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse», том IX, 1923 г.; b) Modelle zu den Ödipus- und Kastrationskomplexen bei Affen (Модели эдиповского и кастрационного комплексов у обезьян). «Imago», том XII, 1926 г.; c) Zum Trieblieben der Primaten (О жизни влечений у приматов). «Imago», том XIX, 1933 г.

** Иероглиф «ка», обозначающий важную часть души у древних египтян, по-видимому, является символом прицепливающегося к матери человека (Hermann).

*** Moro E. Das erste Trimenon (Первые три месяца жизни младенца). Münch. Med. Wsch., 1918 г.

**** Alverdes F. Die Tierpsychologie in ihren Beziehungen zur Psychologie des Menschen. Leipzig (Зоопсихология в ее соотношении с психологией человека), Hirschfeld, 1932 г.

являются унаследованными прареакциями животных, а далее «инстинктивные объятия» обезьян по Брандесу* и «цепляние за волосистой покров» у обезьянок по Хекку**.

Хватательные и прицепливающиеся рефлексy по Minkowski, Birk, Bernfeld, Natson, а также быстрые и бурные реакции в ответ на прикосновение к поверхностям ладоней и ступней (Peiper), отсутствие хватательных и прицепливающих рефлексy при травмах мозга (Кристоффель***) — и целый ряд наблюдений при патоневрологических исследованиях явно говорят в пользу наследственной обусловленности этих прарефлексy, а этим — и о важной роли наследственности в формировании влечения к контактам.

Второму критерию, *полярности стремлений и потребностей*, влечение к контактам соответствует полностью. Внутренняя полярность в факторном пространстве t проявляется в уже объяснявшейся противоположности функций привязанности (+ t) и разрыва отношений (— t); а в пространстве потребности d : в противоположности между тенденциями, прилипания (— d) и отправления-на-поиск (+ d)

Третий критерий, *напряженность влечения*, динамично обнаруживается в области контактов обоих факторных пространств (d и t) и проявляется всегда, даже у людей наиболее тяжело больных контактами, как побуждение к контактам, к коммуникации между Я и Ты.

Первая часть *четвертого* критерия требует от влечения к контактам, чтобы обе его потребности (t и d) физиологически были в наличии у всех без исключения индивидов. Исследования Мору, Альвердеса, Брайдеса, Хекка, Пайпера, Кристоффеля, а особенно И. Херманна, как и наши эксперименты, ясно говорят за то, что в случае двух указанных потребностей контактов речь действительно идет о физиологической закономерности в жизни влечений.

Применимость *психопатологического критерия* — в качестве второй части четвертого критерия влечений — в случае влечения к контактам подтверждается тем, что нам удалось экспериментально доказать тесную взаимосвязь между факторами d и t и маниакально-депрессивным психозом

В качестве *пятого* критерия фигурирует наличие специальной болезни влечений, *имеющей самостоятельный тип наследования*. В случае контактного влечения этот критерий должен гласить: маниакально-депрессивный психоз имеет самостоятельный ход наследования. На основе наследственно-патологических исследований, проведенных Хоффманном, Рюдиным, Люксенбургером и Ленцем в генетике принято считать, что маниакально-депрессивный психоз скорее всего имеет полимерный ход наследования при участии, по меньшей мере, одного доминантного наследственного элемента. Принимается еще и содействие рецессивной пары наследственных элементов. Мания и депрессия генетически должны иметь одну и ту же наследственную базу. За специальную наследственную базу говорят и следующие эмпирические данные Люксенбургера:

* Brandes G. Vom Orangsäugling zum Backenwülster Quelle und Meyer, Leipzig, 1939

** Heck L. Auf Tiersuche in weiter Welt (На поиск животных по всему миру). Parey, Berlin, 1941.

*** Christoffel H. Einige fötale und frühst-kindliche Verhaltensweisen (Некоторые способы поведения эмбриона и младенца). «Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago», 1939

1. Заболеваемость детей маниакально-депрессивных родителей таким же психозом составляет 32,3%; то есть его появление в 60 раз вероятнее, чем среди среднестатистического населения (0,44%).
2. Циркулярная форма психопатии среди детей маниакально-депрессивных родителей в 20 раз чаще, чем среди среднестатистического населения.

Да и конкордантность (соответствие) однояйцовых близнецов относительно маниакально-депрессивного психоза необычайно велика. Числовое соотношение однояйцовой и двухяйцовой конкордантности близнецов равняется 4:1.

Поэтому мы должны считать необычайно высокой вероятностью *особого типа наследования* маниакально-депрессивного психоза.

На основе сделанных нами сейчас проверок можно считать вполне справедливым включение *самостоятельного* специального влечения к контактам С в систему алечений АС.

Но все еще остается без ответа вопрос о *специальном энергетическом источнике влечения к контактам*.

Как известно, сексуальное влечение питается из энергетических источников либидо (h) и мортидо (s). Пароксизмальное влечение черпает свои силы из неинстинктивных источников энергии грубых (e) и тонких (hy) аффектов. Это влечение питается из двух изначальных источников существования человека: из энергии капитализации (k) и энергии расширения (p). В случае влечения к контактам мы пока примем, что тенденция привязанности питается из изначального *орального* (m) источника энергии, а тенденция приклеивания — из *анального* (d). Таким образом, фрейдовское введение двух *пregenитальных влечений* сохраняется в системе алечений АС, но только понимаются они не в качестве либидозных по своей *исконной природе источников* — как это типично для любви и сексуальности, — а в качестве особых энергетических источников влечения к контактам, которое побуждает животных, стоящих на вершине эволюции, в том числе и человека, отправляться на поиск или приклеиваться к старым отношениям, привязываться или разрывать отношения. То, что влечение к контактам может быть при определенных обстоятельствах либидозно окрашенным, становится понятным из объясненного ранее скрещивания потребностей: $h \rightarrow dm, s \rightarrow dm$. Чем глубже ступень, на которой у индивида остаются фиксированными потребности в контактах, тем резче пронизывается либидо оральными или анальными чертами в результате скрещивания влечений. Но даже в случае ранней, инфантильной фиксации и регрессии мы говорим не об исключительно оральном или анальном либидо или садизме, а о форме контактов, типичных для раннего детства, при которых влечение к контактам еще тесно скрещивается с сексуальным влечением. Потому скрещивания орального садизма, оральной эротики, анального садизма, анального мазохизма и т. д. всегда имеют двухвекторный характер. Питаются они из двух различных источников алечений.

А теперь мы переходим к объяснению сущности 16 векторных картин в пространстве контактов.

1. Унитенденция в векторе C

Вариации	I	II	III	IV
На переднем плане: C -	+ 0	0 +	- 0	0 -
На заднем плане: C -	- ±	± -	+ ±	± +

$$C_1 \begin{matrix} d & m \\ + & 0 \end{matrix}$$

Вариация 1

Отправление на поиски нового, еще неизвестного объекта. Стремление к изменению. Неспособность быть верным прежнему объекту привязанности и поддержки. Повышенное любопытство и внимание к объектам окружающего мира. Расстройство профессиональной деятельности.

Носители этой картины контактов оказываются неспособными долго сохранять привязанность к прежнему объекту. Детское *отсутствие выдержки в контактах* (0 m) побуждает вновь и вновь идти на поиски (+ d), причем Навечно-уходящему-и-поиски не хватает управления и тормозов, предоставляемых тенденцией привязанности. *Вот так и возникают непостоянные, беспокойные, чем-то напоминающие наркоманические побуждения вступать в контакт с каждым встречным без всякого разбора и без возможности серьезно привязаться.*

Эта односторонняя картина контактов достигает своего наивысшего пика в 7-8, 70-80, 13-16 и 41-60 лет.

Клинически мы встречаем эту картину прежде всего у истерических женщин, нередко у гипоманиакальных или пароксизмальных больных, а еще у женщин с лесбийскими желаниями и у пассивно гомосексуальных мужчин. Поражает присущее этим людям огромное любопытство, причем проявляющееся как в банальной повседневной жизни, так и в духовной сфере. Это поистине «пожиратели газет» и «киноманы». Человек, «предназначенный-к-вечным-поискам», хорошо согласуется с частью имеющимся у него пароксизмальным это беглеца (Sch ± -).

Заднеплановый вид контактов указывает на предшествующую инцестуозную связь, сопровождавшуюся амбивалентностью в привязанности (C -- ±).

$$C_2 \begin{matrix} d & m \\ 0 & + \end{matrix}$$

Вариация II

Зрелые отношения в контактах. Привязанность без дальнейших поисков. Достаточно надежное внимание.

При чрезмерном количестве: оральные наркомании. Невроз принятия. Ничем особенным не выделяющиеся взрослые люди, начиная с конца пубертатного периода и до самой старости, часто представляют эту картину контактов. Она означает: персона прочно привязана к найдеиному ей объекту любви, дружбы, профессиональной деятельности или области интересов (+ m), не испытывает никакого желания отыскивать новый объект (0 d). Привязанность в этом случае уже больше не носит инцестуозный характер (C -- +), а связана со зрелым отношением к объекту, бывшему для нее ранее незнакомым. С возрастом (60-80) этот вид контактов

становится более частым. И, наоборот, в самом раннем возрасте мы встречаем его довольно редко.

Клинически: при чрезмерном количестве: $C\ 0 + I$, $C\ 0 + II$ эта картина контактов указывает на какую-либо болезненную привязанность, и особенно на *оральную наркоманию* (пьянство, табакокурение, патологическую болтливость). Следующие сферы Я наиболее часто связываются с доминированием привязанности: это с принятием женственности и заброшенности ($Sch + \pm$), повседневное, вымуштрованное Я ($Sch - -$), ревнивое Я ($Sch - \pm$) и хорошо работающее, навязчивое Я ($Sch \pm +$).

Вид контактов на *заднем плане* скрывает в себе опасность полной блокировки контактов с амбивалентностью в поисках.



Вариация III

Экстремальное постоянство. Прилипание. Консерватизм. Трудности с переключаемостью. Анальный характер.

Однa из довольно редких форм контактов во всех возрастных группах, при которых *без всяких помех* доминирует тенденция к прилипанию, к невозможности измениться, к застреванию на том, что есть (*ретенция*). Своего наивысшего пика эта картина контактов достигает в 20-30 и в 40-60 лет, то есть в годы приобретения и накопления материальных благ. Ее мы находим при истерии страха и при истероформных бредовых представлениях. Носители такого доверия к существующей у них связи в результате присущей им консервативной установки хотя и не являются создателями нового, зато отличаются чрезвычайной надежностью в качестве членов общества, хотя для воспитателей и психотерапевтов люди с картиной $C - 0$ представляют довольно «крепкий орешек» — в том случае, когда психически заболевают.

Анальному характеру хорошо соответствует инфантильное, проективное Я ($Sch\ 0 -$), а позднее заторможенное Я ($Sch - +$) или totally нарциссическое Я, желающее все иметь и всем быть ($Sch + +, + \pm$). Сублимированные люди работают навязчиво, с большой выдержкой и отдачей ($Sch \pm +$), однако присущая им тенденция к залипанию мешает любой работе в одной команде. У не сублимированных людей доминируют скупость, жадность, желание на всем застревать, упрямство и строптивость, а также нежелание что-либо разделять с другими.

Форма контактов на *заднем плане* ($C + \pm$) указывает на желание разрыва отношений и отправление на поиски, несмотря на сохраняющуюся амбивалентность в привязанности.



Вариация IV

Гипоманиакальные связи. Разрушение всех связей с миром. Одиночество, запущенность, наркомания, неустойчивость и распушенность.

Эта форма контактов является антиподом предыдущей. В отношениях к миру доминирует разрыв с тем, к чему ранее была привязанность ($- m$). *Фундаментальное разочарование и потеря первичного доверия к другим людям обесценивают любую форму связи с родительским домом, с воспитателями, со всем окружающим миром и с религией.* Одиночество и запущенность являются психическими следствиями разрушения всех идеалов и всех идолов. *Доминирует безумная спешка и суета без*

всякого смысла и цели. Неразборчиво используются любые источники, которые хотя бы чем-то обещают возможность получения удовольствия, чтобы тотчас обесцениться в качестве объектов удовольствия и быть выброшенными как не представляющие из себя никакой ценности. От безмерной спешки и суеты, из-за разочарований, пережитых в результате потери доверия к родителям и воспитателям, из-за трагических, негативных форм отношений с людьми наибольшей опасности подвергаются прежде всего дети в период первой, эдиповской пубертатности (5–6 лет), но, главным образом, подростки в предпубертатный период (9–12 лет) и во вторую, подростковую пубертатность (13–16 лет). Конечно, было бы совсем неправильно говорить о «*маниформном психозе*» у таких маленьких детей и подростков, как это делает одна из групп английских психоаналитиков. Можно разве что говорить о *гипоманиакальной реакции* на потерю матери, отца или какого-либо инцестуозного объекта, и ни в коем случае о детском психозе, даже тогда — что удалось нам доказать экспериментально, — когда психические процессы становятся очень похожими на маниформные психозы взрослых людей.

Клинически эту картину контактов с действительностью составляют *маниформные психотики*, далее — *параноики на эпилептиформной или шизоформной базе, неустойчивые психопаты, наркоманы* в одной из поздних фаз своей неустойчивости. Но в случае детей мы можем говорить только о *гипоманиакально-неустойчивой реакции*. Некоторые бродяги-пориоманы также пребывают в неустойчивом отношении к миру.

В сфере Я мы обнаруживаем у маниформных психотиков деструктивное Я ($Sch -1 -$), отчужденное Я ($Sch - \pm, -1 \pm$); у параноиков — проективное Я ($Sch 0 -$, $0 -1$); у первичных сексуальных психопатов чаще всего обнаруживается интроецирующее Я ($Sch + 0, +1 0$).

Форма контактов на заднем плане ($C \pm +$) показывает предшествующий процесс: инцестуозную связь ($C - +$) с желанием выйти в открытый мир ($+ d$).

2. Битенденция в векторе C

а) горизонтальное разделение: сплавление

Вариации	I	II
На переднем плане: $C -$	$+ +$	$- -$
На заднем плане: $C =$	$- -$	$+ +$

Обе формы сплавления в векторе C отнюдь не являются желательными формами связей.



Вариация 1

Двойные (билатеральные) или множественные (мультилатеральные) связи. Внимание, распределенное на несколько объектов,

Персона все еще остается привязанной к *прежнему* объекту ($+m$), хотя и отпавляется на поиски *нового* объекта (d). Несмотря на наличие таких *билатеральных контактов*, было бы совершенно неправильно говорить здесь об амбивалентности в связях, как это бывает в случае, когда форма контактов представлена $\pm d$ или $\pm m$. Существующие здесь связи отличаются всего-навсего двуколейностью или мулыгколейностью, то есть одновременным интересом к двум или нескольким объектам. *Человек жалеет поддерживать отношения как с прежним объектом, так и с новым. Потому и является тут связь би- или мулытилateralной.* В сексуальной жизни эта форма связей проявляется в том, что молодой человек, несмотря на то, что он продолжает быть привязанным к матери, пытается отыскать для себя еще и объект одного с ним пола. У лесбиянок в таких случаях мы всегда находим в детстве сильную привязанность к отцовскому объекту ($+m$), которая в юности проявляется любовью ко всем мужчинам; а при всем этом лесбиянки еще спокойно вынашивают притязания на однополую любовь. Без сомнения, эта картина контактов явно указывает на замедление полового развития, а в особых случаях — даже на его расстройство.

Для лучшего понимания этой картины контактов необходимо учитывать еще два факта. Первый — это то, что чем старше становится человек, тем чаще он оказывается в своих контактах билатеральным или мулытилateralным. И второй — это относительно большая частота билатеральных связей у ипохондриков. Эти оба эмпирических факта мы истолковываем в одном и том же смысле: стареющий человек (60–80) еще остается привязанным к жизни ($+m$), а кроме того, он уже в скрытой форме носит в себе желание смерти ($+d$). То же самое мы находим и у ипохондриков, судорожно цепляющихся за жизнь, несмотря на то, что они постоянно носятся с мыслью о самоубийстве и смерти.

Да и *картина Я*, которая наиболее часто появляется вкупе с картиной контактов $C + +$, подтверждает вышеупомянутую гипотезу. Так как с одной стороны такие открытия к контактам люди *одержимы* ($Sch\ 0 +$) амбицидентциями (жизнь и смерть; прежний и новый объект), а с другой стороны хотят захватить в свое обладание целый мир вместе со всеми его объектами ($Sch + 0$). Такие двойные контакты нередко приводят к ипохондрической тревоге из-за вины и страха наказания ($P + -, Sch - +$ или $P\ 0 -, Sch - 0$).

Склонности к контактам, пребывающие на *заднем плане* ($C - -$), указывают на будущую заблокированность контактов, что мы действительно нередко наблюдаем в этой судьбе контактов.

$$C \begin{matrix} d & m \\ 6 & - \end{matrix}$$

Вариация II

Заблокированность контактов, ирреальные связи. Отчуждение от мира.

В экспериментальной психологии влечений под заблокированностью контактов понимается такой *ирреальный вид связей*, в котором человек продолжает оставаться приклеенным к объекту ($-d$), в действительности уже им *потерянным* ($-m$). Застывшее пребывание ($-d$) в состоянии разделенности и одиночества ($-m$) не позволяет персоне отправиться на поиски нового объекта. Человек остается заблокированным в своем одиночестве, полностью изолированным от окружающего мира. В таком положении персона отказывается от любых контактов с окружающим миром.

Во всех возрастных группах это ирреальное положение в контактах встречается чрезвычайно редко.

У шизоформных, гебоидных бредовых больных, у кататоников, эпилептиков (Psychosis epileptica), у запущенных, шизоформных или эпилептоидных уголовных преступников заблокированность контактов выражает их положение в мире, положение, которое заряжено страхом и подавленностью. Часто такую картину контактов поставляют и кандидаты на роль самоубийц (вместе с $Sch - \pm$, $Sch - -1$). Поэтому для исследователя эта форма контактов служит напоминанием о необходимости профилактических действий. Если маниакальные больные беспокойно гоняются за объектами удовольствия, то люди с ирреальным положением $C -$ — чаще всего уже полностью закованы в своей заблокированности. Они наотрез отклоняют любые имеющиеся в мире объекты и источники удовольствия. Люди с ирреальными связями окаменели в своем разочаровании, превратились в безмолвные скалы. Это наиболее печальное состояние, в котором вообще когда-либо может оказаться человек в своих контактах с миром.

Ирреальность в жизни контактов, заключающаяся в том, что человек остается непоколебимым в своем прилипании к уже окончательно потерянному объекту любви и ценностей, хорошо согласуется с накопленными данными о том, что такие люди вначале хотели всем быть, а некоторые даже еще и все иметь ($Sch 0 +$, $Sch + +$). Но после того, как им не удалось реализовать в действительности свои ирреальные притязания, они окаменевают в заблокированных контактах, которые столь же холодны, как и гробница в скале.

Да и картина контактов на заднем плане ($C + +$) выражает их первоначальные, предшествующие притязания на все ценностные объекты, имеющиеся в мире. В таких случаях мы говорим о «комплексе Ниобы»^{*}.

б) вертикальное, навязчивое разделение влечения C

Вариации	I	II
На переднем плане: $C -$	± 0	$0 \pm$
На заднем плане: $C -$	$0 \pm$	± 0

Для обеих вариаций характерна амбивалентная навязчивость, в вариации I она доминирует в пространстве тенденций поиска и прилипания, в вариации II — в тенденциях привязанности и разрыва связей.

$$\boxed{C_7 \begin{smallmatrix} d & m \\ \pm & 0 \end{smallmatrix}}$$

Вариация I

Сомнения в поисках и прилепении (верности, постоянстве). Навязчивость контактов из-за амбивалентности между желаниями отыскать что-либо новое и сохранить верность прежнему объекту (интересам).

* В соответствии с мифом надменная королева Ниоба хвасталась своим божественным происхождением и количеством своих детей (12 или 14, а может 18 или даже 20). Это возбудило зависть и ненависть ее подруги Лето, богоматери, имевшей всего двух детей, Аполлона и Артемиду. Находясь в плену истинных чувств, Лето приказала своему сыну Аполлону убить из лука всех сыновей Ниобы, а Артемиду должна была убить стрелами всех дочерей Ниобы. Так все и случилось. В течение многих дней, испытывая безмолвное страдание, Ниоба сидела у могилы своих детей. В соответствии с мифом Ниоба превратилась в Малую Азию, где ее чествовали как Богиню, она стала Сицилийскими горами, расположенными за Смирной, превратившись в вечно плачущие скалы. (Kerényi K. Niobe. «Rhein-Verlag», Zürich, 1949.)

Персона живет в постоянном, заряженном тревогой сомнении, стоит ли и дальше сохранять доверие к прежнему — чаще всего инцестуозному, возможно даже того же пола — объекту ($C - 0$) или необходимо отправиться на поиски нового объекта ($C + 0$). В таких сомнениях по поводу отношений и связей человек нерешительно и беспомощно пребывает в бесконечных раздумьях, оценен из-за внутренних дилемм в контактах, не имея возможности что-либо предпринять. Внешне чаще всего складывается впечатление, что здесь практически полностью победило прилипание к матери или замещающему ее объекту ($-d$), однако в душе существует столь же сильное желание перейти от прежнего объекта к новому ($+d$). Таким образом эти люди остаются привязанными к матери или сестре, к отцу или брату, но в своих дневных мечтах и ночных сновидениях страстно жаждут оказаться вдали от семьи. Нередко сомнения и навязчивости в контактах вызваны направленностью на однополый объект, к которому персоны с картиной C_7 навязчиво приклеены или который они пытаются навязчиво отыскать. Но чаще всего в реальной жизни так ничего и не происходит.

Во всех возрастных группах — это довольно редко встречающаяся картина контактов, которая клинически характерна для фобически-пароксизмальных, эпилептиформных или параноидных людей.

Задний план их изображается в виде следующей вариации II:

$$\begin{array}{c} d \quad m \\ C_8 \quad 0 \pm \end{array}$$

Вариация II

Сомнения в привязанности и отделении. Навязчивый контакт из-за амбивалентности в привязанности.

В этой второй навязчивой картине контактов пребывание в сомнениях на развилке дорог вызывается следующей дилеммой: нужно ли персоне продолжать и дальше быть привязанной к прежнему объекту (матери, отцу и т. д.) ($+m$) или необходимо от него отделиться ($-m$)? Но оказывается, что персона эта не способна ни на крепкую привязанность, ни на отделение, так как обе тенденции она носит в себе в качестве равноценных. Это типичное положение *несчастливой, безнадежной связи*. Клинически оно чаще всего обнаруживается у людей с навязчивым характером, при неврозе навязчивости, и совсем изредка — у конверсионных истериков. А в нормальных случаях мы встречаемся с такой картиной контактов в предпубертатном периоде или в период первой инфантильной пубертатности. Сомнения в своей привязанности к Другому человеку чаще всего доводит совместную жизнь до несчастья, о чем и предостерегает навязчивая картина контактов C_8 . Это — знак, предупреждающий о грозящей опасности. Ситуация контактов здесь является столь несчастливой еще и потому, что ее обращение, то есть выступление на передний план *следах* ($C \pm 0$), всего-навсего перемещает акцент в сомнениях с привязанности на поиск, а сами сомнения продолжают и дальше занимать доминирующее навязчивое положение в контактах.

Различия между двумя навязчивыми картинами контактов с позиции психологии влечений эмпирически мы видим в том, что картина контактов $C \pm 0$ скорее характерна для *женственных, мягких* людей, а $C 0 \pm$ — для *жестких, часто обремененных анально-садистическими желаниями*, людей.

в) диагональное разделение, расщепление

Вариации	I	II
На переднем плане : C -	+ -	- +
На заднем плане : C -	- +	+ -

$C_9 \begin{smallmatrix} d & m \\ + & - \end{smallmatrix}$

Вариация I

Недоверие. Разрыв отношений с прежним объектом и отправление на поиски. Депрессивные и аутистичные формы контактов.

Эта картина влечения к контактам означает симультанное проявление тенденций к освобождению себя от прежней привязанности ($-m$) и отправлению на поиски ($+d$). Когда эту ситуацию в пространстве контактов мы обозначаем как недоверие, то это относится только к связи с прежним объектом, то есть к инцестуозной персоне, от которой соответствующий человек пытается освободиться. У депрессивных людей это обозначает, что предполагаемый или реальный объект любви и поддержки уже потерян. Трагичность в этой судьбе контактов индивида заключается — среди всего прочего — и в том, что инцестуозная связь ($C - +$) физиологически длится недостаточно долгое время. Конечно же — как на это прежде всего указывал И. Херманн — отделение от матери и отправление на поиски является необходимым физиологическим шагом в развитии, но необычайно тяжким и обременительным судьбоносным шагом, который по аналогии с «гипоманиакальной реакцией маленького ребенка» ($C 0 -$) мы могли бы назвать «гиподепрессивной реакцией» ($C + -$).

Реакция эта постепенно нарастает по своей частоте, начиная с первого пубертатного периода (3–4 года) вплоть до начала школьного возраста (7–8 лет), чтобы потом начать уменьшаться.

Но почему это физиологически наступающее отделение и освобождение от матери с последующим отправлением на поиски сопровождается столь мрачным настроением? Мы считаем, что первичная потребность: приклеивание и привязанность к матери ($C - +$) никогда до конца не угасает в людях. Потому любой поиск — даже если он осуществляется в условиях свободы — приводит к депрессивному настроению. В аспекте влечения к контактам мы рассматриваем депрессию — в согласии с взглядами З. Фрейда — как наиболее экстремальное переживание потери объекта и как отправление на поиск, навязанное человеку коллективной судьбой. Потому и поставляют депрессивные больные — и особенно в интроективной фазе в начале своей болезни — картину контактов $C + -$. Такая реакция говорит о психической активности, связанной с оплакиванием (работой скорби по З. Фрейду), и обосновывается она процессом отделения от прежнего значимого объекта и последующего отправления на поиск нового. Желание добиться свободы — в начале процесса отделения — скорее всего будет сопровождаться депрессией (то есть смертельной огорченностью и опечаленностью), а не гипоманией (неустойчивым ликованием). По-видимому, любой способ, которым реализуется необходимость отпроявиться на поиск, вызывает обременяющее, депрессивное настроение, так как бессознательно мы все еще продолжаем постоянно искать утерянную мать. Такая

депрессия в определенных обстоятельствах может привести к хронической депрессии, когда персона присваивает себе утерянный объект столь крепко и с таким огромным жизненным доверием, что отныне — на основе этого интроецированного образца — она становится не способной обнаружить схожий объект в реальном окружающем мире, объект, который хотя бы в чем-то был похож на утерянный. Именно такой напрасный поиск утерянного и неповторимого объекта повышает печаль и затрудняет завершение психической проработки скорби. И только осознание того, что поиск утерянного объекта совершается абсолютно напрасно, позволяет обесценить искомого идола. Тогда в тесте вместо реакции $+k$ — интроекции появляется — k и начинается гипоманиакальная фаза ($C0-$) с гонкой и суетой, с патологическими привязанностями и неустойчивостью.

Описываемый сейчас процесс превращения депрессии в гипоманию (или манию) можно наблюдать отнюдь не только в случае эндогенно-циркулярных болезней контактов. Мы находим его и при пароксизмальных, истероэпилептиформных, фобических заболеваниях, ядро которых — отделение и отправление на поиски — почти идентично циркулярным заболеваниям, в то время как механизм защиты от потери объекта показывает пароксизмальную, эпилептиформную природу.

Инфантильный характер этих процессов в контактах подтверждается одновременным присутствием Я раннего детства ($Sch 0-$, $Sch +$, $Sch \pm$). Навязчивый оттенок в поисках тестологически чаще всего проявляется в форме навязчивого Я ($Sch \pm 0$). Роль интроекции в начале процесса отделения тестологически видна в эго-картинах $Sch +$, $+0$, ± 0 .

Необычайно важной для оценивания и понимания депрессивной ситуации в контактах является заднеплановая реакция контактов, означающая инцестуозное желание ($C-$ +).

$$C_{10} \begin{matrix} d & m \\ - & + \end{matrix}$$

Вариация II

Доверительная связь. Прилипание и привязанность к прежнему объекту. Инцестуозная связь.

С позиции возрастной психологии мы должны допустить, что приклеивание ($-d$) и привязанность ($+m$) — в смысле, придаваемым им И. Херманном, — являются прформами коммуникации между матерью и ребенком. Клинико-тестологические исследования подтверждают правильность такой гипотезы. А именно мы часто находим доверительную связь то у больных, которые отказались от использования своего личного Я ($Sch 0 0$; например, такое обнаруживается у пароксизмально-эпилептиформных больных), то — у ипохондриков, у которых инцестуозная связь вызывает тревогу из-за вины и страха наказания. Инцестуозную картину контактов мы также встречаем в тесте у невротиков, вытесняющих свои притязания на инцест ($Sch - 0$), а далее — у инфлятивных эротоманов ($Sch 0 +$).

Чем консервативнее какая-либо группа населения приклеивается и привязывается к религии и государству, тем чаще среди такой популяции мы встречаем контактную картину доверия ($Soto Yarritu$)*.

* Soto Yarrity F. Validierung des Szondi-Testes durch eine Gruppenuntersuchung von 2352 Fällen. (Выявление валидности Сонди-теста посредством группового исследования 2 352 случаев) «Szondiiana», II.

В позднем возрасте, после шестидесяти, частота консервативной установки опять начинает увеличиваться. Аффективная картина (P) дает сведения о том, будет ли инцестуозная связь ($C - +$) интерпретироваться как инцестуозная *любовь* ($P + -, + 0$) или же как инцестуозная *ненависть* ($P - +, - 0, - -$) по отношению к одному из родителей.

Даже высокосублимированные люди могут выдавать картину инфантильной коммуникационной формы, причем в этом случае мы будем иметь прилепленность и приверженность к какой-либо идее ($S - -, Sch \pm \pm, \pm +, C - +$).

По-видимому, инцестуозная картина в пространстве контактов ($C - +$) является исходным пунктом развития любых контактов, она имплицитно постоянно носит в себе тенденции к отделению и отправлению на поиски. Ее *заднеплановой, комплиментарной картиной контактов* является $C + -,$ то есть недоверие. Так что даже тестологически мы обнаруживаем то, почему недоверие — в качестве латентной склонности — угрожает любому доверительному отношению.

3. Тритенденция в векторе C

Вариации	I	II	III	IV
На переднем плане: $C -$	$- \pm$	$\pm -$	$+ \pm$	$\pm +$
На заднем плане: $C =$	$+ 0$	$0 +$	$- 0$	$0 -$

$$C_{11} \begin{matrix} d & m \\ - & \pm \end{matrix}$$

Вариация I

Навязчивая амбивалентность в привязанности и инцестуозная связь. Заблокированность контактов с остатками привязанности. Несчастливая связь.

Эта картина контактов всегда указывает на существование несчастливой связи. Несчастье это имеет несколько причин:

- 1) несмотря на инцестуозные притязания ($C - +$), существует тенденция к отделению ($- m$);
- 2) несмотря на заблокированность контактов ($C -$), желание привязанности продолжает существовать и дальше ($+ m$);
- 3) несмотря на прочную прилепленность ($- d$), привязанность оказывается ненадежной ($\pm m$).

Навязчивая амбивалентность ($\pm m$) в вопросе привязанности ($+ m$) и отделения ($- m$) делает как привязывающихся, так и дающих поддержку персон в необычайно высокой степени несчастными. А все потому, что отсутствует тенденция, которая одна только и способна найти выход из такой ненадежной ситуации. Мы имеем в виду побуждение отправляться на поиск и приобрести новый объект привязанности ($+ d$).

Трудная переносимость этой формы связи обуславливает ее редкость. То тут, то там мы встречаем картину C_{11} у детей в латентном периоде (5–6 лет) или у находящихся на грани старения (60–70 лет) взрослых людей, сражающихся с трудностями в контактах.

Клинически C_{11} -картину поставляют люди, больные неврозом навязчивости, кататоны и пароксизмально-эпилептиформные дети и взрослые.

Соответственно и эгокартина будет аутистичной ($Sch + -$) или одержимой бредом ($Sch 0 +$) — чаще всего с желаниями убийства, например, инфантильно-адиловскими побуждениями. Ненадежность привязанности часто имеет основание в ощущении брошенности, кастрационном комплексе или инфлятивной проекции ($Sch 0 \pm$).

Единственно возможный освобождающий путь из этого тупикового положения извещает *следаход* $C + 0$: путь поиска.

C_{12}	d	m
	$\pm$	$-$

Вариация II

Навязчивая амбивалентность в поисках после совершившегося отделения. Заблокированность контактов с тенденциями поиска. Недоверие и, тем не менее, прилепленность.

Такое навязчивое положение в пространстве контактов тоже является чрезвычайно редким во всех возрастных группах. Только доминирует здесь не амбивалентность в привязанности (m), а сомнения из-за того, нужно ли персоне полностью отделиться ($C + -$) или можно и дальше оставаться прилепленной к имевшейся прежде связи? Нужно ли полностью отказываться от вступления в контакт ($C - -$) или необходимо отправляться на поиски ($+ d$)? Неуверенность в потребности поиска хотя и переживается неприятной из-за существующих здесь сомнений, персоне оказывается тут менее несчастливой, так как она уже успела осуществить самый неприятный шаг на пути к отделению ($- m, + d$). Но полному освобождению еще препятствуют остатки тенденции к прилипанию ($- d$).

В период от первой до второй пубертатности (между 3–4 годами и 13–16 годами) то тут, то там мы можем обнаружить эту навязчивую картину контактов.

Клинически более часто, чем среди среднестатистического населения, мы встречаем такую навязчивую картину контактов у людей, страдающих неврозом навязчивости, у пароксизмально-эпилептиформных психотиков и у незрелых в половом отношении персон.

Так как уже начался процесс отделения ($C + -$), то мы чаще всего находим *сферу Я* в стадии интроекции ($Sch + 0$). Пароксизмально-эпилептиформные индивиды поставляют эгокартину предчувствия катастрофы ($Sch \pm \pm$) в качестве попытки интеграции или картину дезинтегрированного Я ($Sch 0 0$).

Побуждение к привязанности ($C 0 +$) отставляется на *задний план* и подготавливается к выступлению на переднюю сцену.

C_{13}	d	m
	$+$	$\pm$

Вариация III

Навязчивая амбивалентность в привязанности с готовностью к отделению и отправлению на поиски. Билатеральная связь с отделением от прежнего объекта. Депрессивное настроение.

Такой вид связи делает персону чрезвычайно несчастной. Внутренние причины такого несчастья можно обосновать следующими моментами:

1. *Ненадежной, сомнительной привязанностью* ($\pm m$) и, главным образом, спорностью того, что вообще возможна какая-либо серьезная привязанность. Чаще всего пер-

сона совершенно правильно чувствует, что она навсегда потеряла прежний объект любви и опоры. Обычно это реальная потеря объекта, и только изредка — воображаемая.

2. Психической реальностью: персона не может жить без потерянного объекта. Она пытается отыскать именно этот и никакой иной объект, хотя никогда и не сможет его вновь найти, так как потерянный объект был для нее абсолютно уникальным.

3. Интроекция потерянного объекта ($Sch + 0$) была настолько *верной и объективной*, что персона ищет *только этот* конкретный объект и не способна идти ни на какие компромиссы при выборе новых объектов. Так что поиск с самого начала обречен на провал.

4. Поэтому и возникает *депрессия*. Анализ влечений и сферы Я у депрессивных людей привел к выводу, что сама по себе потеря объекта означала только повод к началу поисков. Расстройство настроения вплоть до появления депрессивного состояния поддерживается посредством того, что из-за поиска уникального объекта делается невозможным нахождение ему замены. Итак, чем дольше персона отыскивает в окружающем мире и не находит утерянный ею объект привязанности, тем более расстроенной и несчастной она становится. *Глубина депрессии будет возрастать, пока будет проявлять свое действие патологическая интроекция (+ k)*. Но в тот момент, когда воздействие интроекции прекращается и персона начинает разрушение присвоенного ею объекта, начинается *маниакальная гонка и суета*. В тесте мы обнаруживаем превращение реакции $+k$ в $-k$, а со временем может даже появиться $-1k$, $-11k$.

Возрастная психология: эта депрессивная картина контактов появляется в период от первой инфантильной (в 3—4 года) до конца второй, подростковой пубертатности (в 17—20 лет). В старческом возрасте частота этой картина опять начинает возрастать (сенильная депрессия).

Клинически этот вид контакта в качестве «синдрома депрессивного процесса» характерен только для эндогенной депрессии и только в ее интроективной начальной стадии. (Позднее депрессивные больные ставят реакцию $-k$ в качестве «постдепрессивного синдрома», такие выводы делает У. Мозер¹). Да и другие формы депрессии, особенно пароксизмальные и параноидные расстройства, дают обсуждаемому сейчас картину контактов. Если эндогенная депрессия — в начальной стадии — ставит эгокартину тотальной интроекции ($Sch + 0$), то в случае пароксизмально-параноидной формы мы нередко обнаруживаем эгокартину дезинтеграции ($Sch 0 0$).

Заднеплановая картина контактов ($C - 0$), с одной стороны, открывает предшествующую фазу инцестуозной связи, а с другой стороны — симультанно воздействующее инцестуозное доверие в период вечных поисков.

Вариация IV

C_{14}	d	m
$\pm$	$\pm$	$+$

Навязчивый поиск с привязанностью. Сомнительная, ненадежная инцестуозная связь. Билатеральная связь с приклеиванием. Плохая концентрация внимания.

¹ Moser U. Validierung, Blinddiagnose u. die Problematik des Krankheitsbegriffes im Szondi-Test (Выявление валидности, слепой диагноз и проблема понятия «болезни» в Сонди-тесте). «Szondiana», II, 1955 г., стр. 62.

Эта форма контакта представляет из себя довольно редкую картину. Истолкование ее возможно в нескольких направлениях:

1. Инцестуозная связь ($C - +$), ставшая сомнительной и ненадежной ($\pm d$); потому персона и вынуждена отправиться на поиски эрзац-объекта ($+ d$).
2. Навязчиво-невротическая амбивалентность в потребности поиска ($\pm d$) с одновременной тенденцией к привязанности ($+ m$).
3. Билатеральная связь ($C + +$) с прилепленностью к прежнему объекту ($- d$). Все эти возможности вызывают расстройства концентрации, частично из-за навязанности и сомнений в потребности поиска ($\pm d$), частично из-за билатерального рода связей ($C + +$).

С позиции психологии развития эта картина контактов имеет значение только в начале эдиповской фазы (в 3–4 года) и во второй половине жизни (40–80 лет).

Клинически этот вид контактов мы иногда встречаем у ипохондриков — чаще всего вместе с отчужденным Я ($Sch - \pm$) или в пароксизмальных состояниях, например, при фобии, эпилепсии, тогда Я будет дезинтегральным ($Sch 0 0$); гораздо реже разбираемую картину контактов поставляют кататоны.

Заднефоновая, гипоманиакальная картина контактов ($C 0 -$) указывает на будущую опасность в контактах: одиночество или запущенность. Можно даже думать о том, что заднефоновая опасность неустойчивости провоцирует навязчивые поиски.

4. Квадротенденция в векторе С

C	d	m
15	$\pm$	$\pm$

Тотально-проблематичная картина контактов. Одновременное доверие и недоверие. Одновременные билатеральная открытость к контактам и забаррикадированность от контактов. Разбросанность, распыленность.

Одновременное воздействие всех четырех тенденций контактов максимально обременяет персону в ее пространстве контактов. Каким же образом носитель такой картины контактов должен разрешать имеющиеся здесь противоположности:

- 1) между привязанностью ($+ m$) и тенденцией к отделению ($- m$);
- 2) между прилепленностью ($- d$) и отправлением на поиски ($+ d$);
- 3) между инцестуозной доверительной связью ($C - +$) и недоверчивой связью с ранее незнакомым объектом ($C + -$);
- 4) между би- или мультilaterальными связями ($C + +$) и полной изолированностью от мира ($C - -$);
- 5) между амбивалентностью в вопросе: привязанность–отделение ($\pm m$) и одновременной амбивалентностью в вопросе: прилипание–поиск ($\pm d$)?

Каким образом можно вообще овладеть столь глубоко идущими разногласиями в жизни контактов?

Ответ на этот вопрос дает эгокартина $Sch 0 0$, которая чаще всего появляется одновременно с проблематичной картиной контактов. Ответ таков: это дезинтегри-

Таблица 8. Сущность и психология 16 векторных картин влечения к контактам.

Вариации → На переднем плане ↓	$C_1 + 0$	$C_2 0 +$	$C_3 - 0$	$C_4 0 -$
1. Одно стремление: унитенденция	Отправление на поиски. Неспособность задерживаться на прежнем объекте. Пик: 7-8, 70-80, 13-18, 41-60 лет. Клинически: истерия, пассивная гомосексуальность мужчины. Это часто представлено пароксизмальным Я беглеца.	Зрелые отношения в контактах. Привязанность без дальнейших поисков. Достаточно надежное внимание. Пик: 17-20, 21-40, 70-80 лет. Клинически: при повышенном количестве: оральные формы наркомании: пьянство, обжорство, табакокурение, патологическая болтливость. Я: принятие своей оставленности и женственности ($Sch + \pm$), вымуштрованное Я ($Sch - -$), ревность ($Sch - \pm$), каторжник ($Sch \pm +$)	Прилипание. Постоянство. Консерватизм. Анальный характер. Пик: 20-30, 40-60 лет. Клинически: истерия страха, истериформные бредовые образования. Я: проективное ($Sch 0 -$) или подавляющее ($Sch - +$), тотальное нарцисстическое ($Sch + +$, $+ \pm$) или каторжника ($Sch \pm +$).	Гипоманиакальные связи. Одиночество, запущенность, наркомания, неустойчивость. Пик: 5-8, 9-12, 13-16 лет. Клинически: мания, параноид на эпилептическом или шизоформном базисе, неустойчивая психопатия, наркомания, порноманья. Я: предчувствие катастрофы ($Sch \pm \pm$), навязчивость вместе с тревогой ($Sch \pm +$), желание Всем-Быть и Все-Иметь ($Sch + +$, $+ \pm$)
2. Два стремления: биденденция а) горизонтальное деление сплавление	$C_5 + +$		$C_6 - -$	
	Двойные (билатеральные) или множественные (мультилатеральные) связи. Внимание, распределенное на несколько объектов. Пик: 80-90, 80-70, 70-80, 20-30 лет. Клинически: ипохондрия, гомосексуальность, незрелость в половом отношении. Я: инфляция ($Sch 0 +$), интроекция ($Sch + 0$), Мол-Я ($Sch 0 \pm$), утраченное Я ($Sch 0 0$).		Заблокированность контактов, иррациональные связи. Приклеенность к уже потерянному объекту. Пик: 3-12, 40-60 лет. Клинически: пароксизмальные приступы (эпилепсия), страхи, пароксизмальные бредовые образования, запущенность, самоубийство. Я: одержимость ($Sch 0 +$), желание Всем-Быть и Все-Иметь ($Sch + +$).	
б) Вертикальное, навязчивое деление	$C_7 \pm 0$		$C_8 0 \pm$	
	Сомнения в поисках и приклеивании (в верности и постоянстве). Навязчивость контактов в факторе d. Пик: 70-80, 3-6 лет. Клинически: пароксизмальные приступы (например, эпилепсия, фобия, параноид на вялелептической основе). Я: аутизм ($Sch + -$), принятие своей оставленности ($Sch + \pm$).		Сомнения в привязанности и отделении. Навязчивый контакт в факторе m. Несчастливая связь. Пик: 17-20, 9-12, 3-4, 13-16, 80-90 лет. Клинически: невроз навязчивости, конверсионная истерия. Я: навязчивое Я ($Sch \pm 0$) Принятие своей оставленности и интроекция потерянного объекта ($Sch + \pm$)	

Таблица 8. (Окончание)

Вариации → На переднем плане ↓	$C_9 + -$		$C_{10} - +$	
с) диагональное деление, расщепление	Связь с надверием. Разрыв отношений с прежним объектом и отвлечение на поиски. Депрессивные и аутистичные формы контактов. Лик: 7-8, 9-12, 5-6 лет. Клинически: конверсионная истерия, пароксизмальная истерия, фобия, эпилепсия, депрессия. Я навязчивое Я ($Sch \pm 0$), проецирующее Я ($Sch 0 -$), пароксизмальное Я ($\pm -$), аутизм ($Sch + -$).		Доверительная связь. Прилипание и привязанность к прежнему объекту. Инцитуозная связь. Лик: 20-40, 60-70 лет. Клинически: ипохондрия, пароксизмальные заболевания. Я утраченное Я ($Sch 0 0$), вытеснение ($Sch - 0$), одержимость ($Sch 0 +$).	
3. Три стремления: тритенденция	$C_{11} - \pm$	$C_{12} \pm -$	$C_{13} + \pm$	$C_{14} \pm +$
	Навязчивая амбивалентность в привязанности и инцитуозная связь. Заблокированность контактов с остатками привязанности. Несчастливая связь. Лик: 5-6, 3-4, 13-16, 21-30 лет. Клинически: пароксизмы, навязчивость, бредовые образования, кататонная шизофрения. Я оставленность, женственность ($Sch 0 \pm$), утраченное Я ($Sch 0 0$), одержимость ($Sch 0 +$).	Навязчивая амбивалентность в поисках. Отделение. Заблокированность контактов с тенденциями поиска. Недоверие и тем не менее прилепленность. Лик: 3-4 года. Клинически: невроз навязчивости, пароксизмальный паранойд, половая незрелость. Я: тотальная интроекция ($Sch + 0$), интеграция ($Sch \pm \pm$), дезинтеграция ($Sch 0 0$).	Навязчивая амбивалентность в привязанности с готовностью отправиться на поиски. Билатеральная связь с отделением. Депрессия. Лик: 60-90, 3-4, 5-8 лет. Клинически: депрессия, пароксизмальные приступы с депрессией, истерия. Я: дезинтеграция ($Sch 0 0$), интроекция ($Sch + 0$), интропроекция ($Sch + -$).	Навязчивый поиск с привязанностью. Со-мнительная, ненадежная инцитуозная связь с прилеплением. Плохая концентрация внимания. Лик: 30-40, 3-4, 17-20 лет. Клинически: ипохондрия, сумеречные состояния при эпилепсии, фобия, кататония, шизофрения. Я: дезинтеграция ($Sch 0 0$), отчуждение ($Sch - \pm$).
4. Четыре стремления: четверная тенденция	$C_{15} \pm \pm$			
	Картина тотальных дилемм в контактах. Одновременное доверие и недоверие. Одновременные билатеральная открытость к контактам и забаррикадированность от них. Разбросанность, распыленность. Лик: 3-4, 70-80 лет. Очень редкая картина контактов. Клинически: невроз иявзчивости, истерия, депрессия, вареноидная шизофрения. Я: дезинтеграция ($Sch 0 0$).			
5. Ни одного стремления: Нулевая тенденция	$C_{16} 0 0$			
	Бесконтактность. Контакт избалованного дитяти. Дезинтеграция влечения к контактам. Лик: 13-20, 30-80 лет. Клиника: истерия, гомосексуальность, половая или пароксизмальная незрелость у детей. Я интегрировано вместе с предчувствием катастрофы ($Sch \pm \pm$), интроекция женственности или оставленности ($Sch + \pm$).			

руется; чаще всего оно становится абсолютно бессильным из-за навалившегося на него огромного бремени контактов.

Эта онтогенетически трудно переносимая картина контактов появляется очень редко. Иногда мы находим ее в фазе удвоенной эдиповской ситуации (в 3-4 года) или в конце жизни.

Клинически только людям, страдающим неврозом навязчивости ($Sch \pm 0$), истерикам ($Sch - 0, - +, - \pm$), депрессивным больным ($Sch + 0$) или паранойдным шизофреникам ($Sch 0 -$) удается выдержать столь бурно пылающий огонь дилемм и раздробленность связей. Вряд ли такие трудности в контактах сможет выдержать эго-здоровый человек. Здоровье в жизни влечений и сферы Я, как известно, заключается в том, что сфера Я принимает в себя краевые дилеммы ($S \pm \pm, C \pm \pm$). Краевые проблемы сферы Я превращает в эгопроблемы ($Sch \pm \pm$). Однако если сфера Я не способна на подобное преобразование дилемм, то Я чаще всего заболевает.

Опасность проблематичной ситуации в контактах еще более увеличивается в результате постоянно присутствующей заднеплановой картины контактов ($C 0 0$), угрожающей прорваться на переднюю сцену.

5. Нультенденция в векторе C

C	d	m
16	0	0

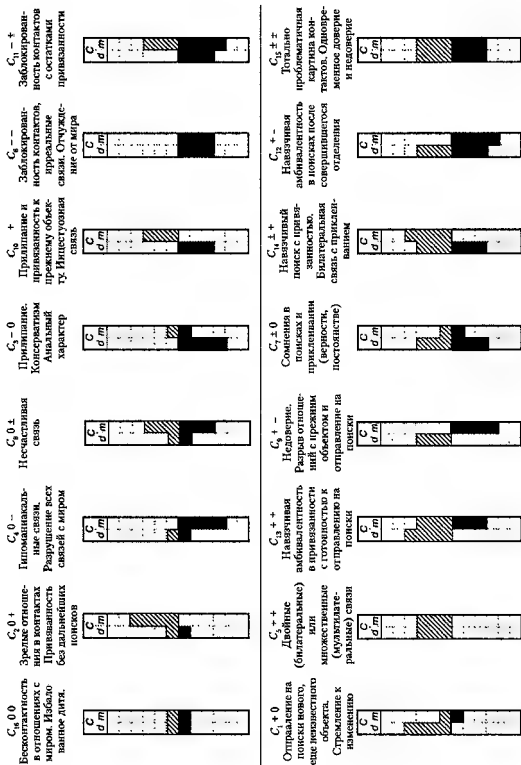
Бесконтактность в отношениях с миром. Избалованное дитя.
Дезинтеграция влечения к контактам.

1. Во-первых, дезинтеграция влечения к контактам возникает в результате неожиданно наступающего исчезновения всех ценных объектов в окружающем мире, к которым человек был ранее привязан или которые он пытался отыскать. Чаще всего такое происходит в результате того, что персона более не может переносить сохраняющиеся у нее дилеммы в контактах, как в вопросах привязанности и отделения, так и в приклеивании и в поиске. От потребности в контактах попросту отказываются и какое-то время пребывают в состоянии нигилизма: персона остается непривязанной ($0 d$), она ни к кому не привязана ($0 m$), она никак не готовится к отделению ($0 m$) и ничего не ищет ($0 d$). Такую дезинтегрирующую бесконтактность можно, например, встретить у гебондных шизофреников.

2. Ситуация, когда ребенок желает беспрерывно находиться на коленях матери или у какого-либо другого любимого им объекта, может тоже парализовать потребность вступать в контакт с *незнакомыми* людьми. В результате коммуникации и партиципации с прежним объектом любви, полностью всем обеспечивающим, все остальные тенденции контакта отправляются в отставку ($C 0 0$). Конечно, только на короткое время. Как только исчезает детский тип коммуникации, тотчас начинают просыпаться тенденции контактов, и персона опять вступает в отношения с окружающим миром.

Этот второй способ возникновения дезинтеграции в пространстве контактов делает вполне понятным тот факт, что в начале и в конце жизни эту картину контактов вряд ли можно будет встретить. Только в период расцвета любовного

Рис. 13. Вариации картин контакта вектора C



единения (в 17–20 лет, а, возможно, и в 30–40 лет), когда отношения с окружающим миром достигают своего минимума в результате преобладания коммуникации только с одним, любимым объектом, эта картина контактов встречается чаще.

Клинически дезинтеграционная картина контактов имеет значение для гомосексуалистов, при истерии страха и фобии, а также для людей, не до конца развитых в половом отношении.

Люди, страдающие фобическим неврозом, чаще всего ставят *эгокартину* предчувствия катастрофы ($Sch \pm \pm$), а гомосексуалисты — эгокартину принятия своей женственности ($Sch + \pm$).

На заднем фоне подкарауливает тотально проблематичная картина контактов ($C \pm \pm$), нередко предшествующая или непосредственно следующая за дезинтегрированной картиной контактов.

ТРЕТЬЯ ЧАСТЬ

МЕТОДЫ ИСТОЛКОВАНИЯ
В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ ВЛЕЧЕНИЙ

В предшествующем разделе мы представили читателю 64 составных элемента экспериментальной диагностики влечений в качестве особых самостоятельных единиц. Перейдем к важнейшей задаче нашего учебника, а именно к *диагностике индивидуальных планов судьбы*, которые мы выявляем посредством различных методов интерпретации.

Что понимается под истолкованием одного профиля влечений или одной серии профилей влечений? Целью истолкования профилей является:

1. Выявление скрытых намерений и тенденций, а также актуализировавшихся планов отдельных судеб.
2. Установление важнейших возможностей существования индивидуума в жизни его влечений и сферы Я (посредством серии исследований).
3. Прогноз судьбы на основе выявляемых возможностей существования (А. Бэли).
4. Набросок плана терапии судьбы на основе *метода показаний*.

При такой постановке целей становится ясно, что экспериментальная диагностика влечений прежде всего пытается *выявить планы судьбы, возможности судьбы и отнюдь не ставить клинические диагнозы*, что в данном случае является ошибочным. Судьба всегда представляет собой нечто большее, чем то, что может охватить психиатрический диагноз, который в любом случае ограничивается определением одной формы существования личности. Но человек имеет много возможных судеб. Судьба — это общность всех возможностей существования личности, появляющихся в результате воздействия навязанных факторов (наследственности, природы влечений, социальных и ментально-идеологических факторов) и произвольных факторов (сфера Я и духовность). Таким образом, мы должны стремиться определить все возможности судьбы, чтобы на основе обнаруживаемых в тестовых профилях структур уметь правильно выявлять планы судьбы и ее скрытые намерения.

Перед систематическим изложением методов толкования необходимо кратко рассказать о некоторых главных принципах интерпретационной работы.

ГЛАВА 16

ГЛАВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИСТОЛКОВАНИЯ ПРОФИЛЕЙ ВЛЕЧЕНИЙ

О неприменимости «мозаичного» метода интерпретации

При анализе факторов и векторов никогда нельзя использовать какой-либо «мозаичный» метод истолкования, то есть нельзя механически считывать «значения» реакций факторов и векторов из соответствующих таблиц (№ 5–8) и считать, что умения использовать данные 4 таблиц векториальных реакций окажется вполне достаточно для постановки клинических или характерологических диагнозов. К сожалению, за прошедшие 30 лет некоторые неопытные экспериментаторы действительно проводили такие «мозаичные истолкования». Все они оказались на ложном пути (по-другому здесь и не могло быть), хотя и считали, что «тест не работает». Им не могло прийти в голову, что они пользовались недопустимым методом

Чаше всего мне задавали вопрос, почему интерпретация расположенных рядом друг с другом факторных и векторных результатов тестирования почти всегда приводит к ошибочным результатам? Ответ становится очевидным при использовании коррелятивного метода истолкования.

О необходимости коррелятивных истолкований

Любая реакция выбора должна истолковываться коррелятивно, на основе учета интерфакторных и интервекторных взаимоотношений, и ни в коем случае не ограничиваться рассмотрением отдельных изолированных реакций.

Восемь факторов — как и четыре вектора — биологически взаимосвязаны друг с другом. Наличие такой корреляции не позволяет выделять из целостной картины влечений какую-либо отдельную факторную или векторную реакцию, чтобы интерпретировать ее без учета других реакций профиля влечений.

Истолкование факторов h и z в сексуальной жизни, в векторе S , всегда будет зависеть от того, каким образом И. были выбраны картины вектора Я (Sch), аффективного вектора (P) и вектора контактов (C). Сексуальная картина будет иметь каждый раз другое значение в зависимости от того, представляет собой сфера Я картину среднего человека ($Sch - -$) или высокоразвитой личности (например, Sch в форме $\pm +$, $\pm \pm$), и наоборот, эго-картина более высокого, интегративного уровня ($\pm +$, $\pm \pm$) при одновременной повседневной картине сексуальности ($S + +$) будет интерпретироваться совершенно по-другому, чем если бы сексуальная картина находилась на одной из ступеней гуманизации ($S - -$ или $- 0$). То же самое, естественно, относится и к реакциям в векторах контактов и пароксизмов. Конечно, факторы влечений являются внеисторичными радикалами жизни влечений. Их корни и энергетические источники неизменны, но картина их проявлений — в рамках какого-либо факторного или векторного круга — может изменяться. Внутренние

закономерности таких фенотипически возможных метаморфоз, присущих корневым факторам, делают неприемлемым «мозаичное» истолкование посредством концентрации на расположенных рядом отдельных показателях тестирования, так как *эти метаморфозы биологически строго предопределены интерфакторными корреляциями*. Этим и продиктовано наше требование о строго коррелятивном истолковании факторных и векторных реакций.

О рассмотрении общей сущности факторов

Правомерно ли после всего вышесказанного обращение к общему смысловому значению отдельных факторных реакций? Наш ответ здесь будет утвердительным. Общее смысловое значение отдельных факторных и векторных реакций — наряду с разработкой теоретических проблем — служит еще и *дидактической цели*: неопытный экспериментатор должен прежде всего познакомиться с реакциями факторов или векторов в их *обобщенной, абстрактной и целостной сущности* — на основе теоретически строгого категориального аппарата. Вначале мы должны *абстрагироваться* от всех практически возможных и фактически имеющихся разнообразных единичных проявлений соответствующих факторов и векторов, чтобы проникнуть в обусловленную корнями *общую и целостную сущность* факторных и векторных судеб влечения, запечатлевая в себе чуть ли не «зйдетически» корни факторных судеб влечения. Так мы приходим к *пониманию сущности и взаимосвязям, царящим в круге проявлений отдельных радикальных судеб факторов*, причем изначально полностью освобождаясь от имеющихся фенотипичных тонкостей, обусловленных влиянием других факторов или векторов. Только такое абстрагирование и позволяет новичку хорошо разобраться в сущности отдельных факторных и векторных реакций, представленных в виде «картин судеб влечений», причем вначале совершенно независимо от интерфакторных взаимосвязей.

В качестве иллюстрации можно привести следующий пример. Радикал влечений *h* филогенетически обуславливает первоначальный *гермафродитический эрос* единого двуполого существа. Он же определяет существование в жизни маленьких детей *бисексуальной эротики*, а после созревания — *нормальную любовь к конкретному человеку*, а также *идеальную, коллективную любовь* ко всему человечеству; необходимо еще упомянуть мягкие «*минор-черты*» характера. Интересно, что тот же самый радикал влечения *h* в зависимости от принадлежности индивида к определенному социальному слою может побудить его *выбрать профессию* парикмахера, банщика, владельца частного отеля, официанта, кондитера, повара, производителя нижнего белья; другого человека — профессию модельера, танцора, артиста, других людей — такие профессии, как музыкант, лирический поэт или гинеколог, дерматолог, сексопатолог и т. д. В качестве *фактора сублимации* радикал влечения *h* обуславливает культуру, и особенно характерным здесь является «*литературный гуманизм*». В качестве *патогенного фактора* радикал *h* определяет следующие формы болезней: соматический гермафродитизм, трансвестизм, гомосексуальность; как *кримиогенный* корневой фактор — проституцию, сводничество и сутенерство, шпионаж, утаивание и растрату и т. д. (см. таблицу 2).

Разнообразные взаимосвязи конкретных проявлений можно правильно понять только тогда, когда радикал влечений h воспринимается не как что-то, привязанное к конкретной действительности, а с учетом неизбежного разнообразия реальности, редуцируя (ограничивая) корневой фактор h до «чисто феноменологического остатка», чтобы категориально охватить этот фактор в самом общем смысле и в его единую сущности. То же самое относится и ко всем другим радикалам судьбы.

Если мы теперь утверждаем, что фактор h является фактором эроса гермафродитического прасущества, праматеринства, а фактор s является фактором мужской «разбойничьей» сущности, садизма и праотцовства, наделение таким смыслом отражает обобщенное, абстрактное значение их сущности, а круг их проявлений — несмотря на равенство по сути — будет охватывать необычайное разнообразие отдельных явлений, конкретную особенность которых можно диагностически обнаружить только с учетом их взаимоотношений с остальными факторами.

Точно также обстоит дело и с 16 реакциями тенденций. Смысловое истолкование реакции $+h$ как индивидуальной любви к конкретному человеку, а $-h$ как любви ко всему человечеству является обобщенным, абстрактным определением. Каждая из этих тенденций охватывает огромный круг проявлений влечений, которые возможно правильно истолковывать только при учете коррелятивных отношений с другими реакциями тенденций, принимая во внимание их специфичность.

Об истолковании в различных областях и на различных уровнях

Одни и те же факторные и векторные реакции должны всегда истолковываться в полном соответствии с конкретным случаем с учетом различных характеристик: 1) пола, 2) возраста, 3) расы и культуры, 4) социального класса и 5) вероисповедания.

Этот важный принцип мы попытаемся объяснить на нескольких примерах.

1. Мужское Я ($Sch \pm 0, \pm +, \pm \pm$), естественно, у женщины необходимо истолковывать и клинически оценивать по-другому, чем у мужчины.

2. Соматокомплекс начинающейся депрессии ($+d, +h, -s$) никогда нельзя расценивать у детей как наличие депрессивного психоза после отделения от матери.

3. Классическая эго-картина параноидной шизофрении ($Sch 0 - II$), то есть патологически повышенная проекция — у примитивных народов с бедной культурой, в тех случаях, когда эта эго-функция явно доминирует в тесте, должна истолковываться как обусловленная их расовой культурой гиперпартиципация, то есть единение с тотемными предками, тотемным животным и тотемным растением, как полная солидарность с семьей и кланом, и ни в коем случае не как параноидное Я.

4. Приспособление Я, так называемое *вымуштрованное Я* ($Sch -$) является совершенно нормальным у фабричного рабочего. И, напротив, та же самая эго-картина муштры, обнаруживаемая у талантливого писателя, художника, философа и т. д.

¹ Husserl, E.: Ideen zu einer reinen Phänomenologischen Philosophie. Hrg. von W. Biemel. Husserliana III. Nijhoff, Haag. S. 72f.

попросту озадачивает. В интеллектуальных профессиях мы изначально ожидаем встретить хорошо развитое «духовное Я» (+р), чаще всего в форме интеграции ($Sch \pm \pm, \pm +$). Появление вымущенного Я у интеллектуально одаренного человека в определенных обстоятельствах может свидетельствовать о связанной с возрастом регрессии или о заболевании.

5. Когда отнюдь не религиозный человек демонстрирует в тесте навязчивое Я ($Sch \pm 0$), причем амбивалентность ($\pm$) повторяется несколько раз и в других векторах ($S \pm 0, P \pm 0, C 0 \pm$), то клинически мы вынуждены думать о *неврозе навязчивости*. Но если бы ту же самую навязчивую эго-картину — с теми же навязчивыми импульсами в других векторах — выдал крайне религиозный, ортодоксальный человек, то было бы ошибкой сразу же ставить диагноз «невроз навязчивости», так как человек может проживать свои навязчивые импульсы в форме моления, исполнения религиозных церемоний и т. д. (З. Фрейд), а также их социализировать, не проявляя

*

Следовательно, проводимая психодиагностика имеет следующие задачи:

- 1) отказываться от любого рода мозаичного истолкования;
- 2) уточнять коррелятивные взаимоотношения между *всеми* факторными и векторными реакциями как в жизни влечений, так и в сфере Я;
- 3) вначале достичь абстрагированного, обобщенного *понимания сущности* всех факторов и векторов, а также их разнообразных кругов проявлений;
- 4) разобраться с соответствующими формами проявлений во всех областях и на всех уровнях человеческого существования, никогда не путать элементарные функции с их конкретным содержанием.

Нужно признать, что экспериментальная диагностика требует от практикующего психолога гораздо больше интуиции и знаний, чем какой-либо другой тест, ограничивающийся только диагностикой уровня интеллекта, или только особой одаренности, или силы воли, или характера персоны.

Экспериментальная диагностика влечений отличается от всех других психологических тестов по четырем критериям:

1. Она является *тестом радикалов, корней*. Диагностика влечений пытается выявить внеисторические биологические радикалы существования, то есть жизнь влечений и сферы Я, которые обуславливают наиболее глубокие законы и правила *любого действия, способа поведения, проявления человека*.

2. Она является *трехуровневым психологическим тестом*, то есть стремится показать не только актуальные *процессы влечений* и Я в душе, но и *открыть прошедшие и будущие возможности в судьбе человека*.

3. *Диагностика влечений во многих отношениях является универсальным диагностическим методом*, одинаково эффективным по отношению ко всем полам и возрастам, любым расам и классам, любой культуре и вероисповеданию, выявляющим необычайно вариабельные формы проявления структур влечений и Я у конкретной персоны.

4. Она охватывает психическую жизнь не как что-то константное, изначально заданное, фатально запрограммированное только на одну-единственную форму судьбы, а как нечто *постоянно изменяющееся, находящееся в становлении, динамически борющееся с противоположностями.*

Глава 17

КЛАССИФИКАЦИЯ МЕТОДОВ ИСТОЛКОВАНИЯ

Интерпретацию результатов тестирования можно проводить в трех аспектах, которые, тем не менее, не исключают друг друга, а взаимодополняют. Таковыми являются: А. качество, диалектика, В. количество и С. пропорции.

А. Качественные, диалектические методы истолкования:

- *метод края и середины;*
- *комплементарный метод «проводника» и «следохода».*

Этим методом присуще то, что интерпретатор здесь преимущественно концентрируется на проблеме — «*каким образом*» происходит борьба, а не на том, «*как много*» получено определенных реакций. При помощи метода *края и середины* мы пытаемся выявить вид опасностей влечений по краям (сексуальность и общение) и способ защиты от этих опасностей посредством середины (этика [e], мораль [hy], сфера Я [k и p]). Таким образом, в центр истолкования перемещается диалектика между влечениями и сферой Я. В комплементарном методе выявляется форма борьбы между переднеплановыми и заднеплановыми тенденциями, то есть диалектика разыгрывается между «*проводником*» и «*следоходом*».

Комплементарный метод позволяет интерпретатору глубже видеть имеющиеся у персоны *формы расщепления*, а также выявлять формы устранения имеющихся противоположностей. Посредством этого метода нам удалось подтвердить теорию расщепления Ойгена Блейлера, в соответствии с которой не только больные шизофренией, но и люди, страдающие другими психическими заболеваниями, и даже *нормальные люди* вынуждены прибегать к расщеплению.

Далее, комплементарный метод открывает ту половиину личности, которую персона *отщепляет*. Таким образом, профиль переднего плана (ППП, VGP) и теоретический профиль заднего плана (теоретический комплементарный профиль, ТКП, ThKP) представляют собой *две расщепленные части* одной целостной личности, которые дополняют друг друга. Обе они являются *составляющими частями* одной персоны. Потому необходимо истолковывать оба профиля *lege artis*^{*}.

* По всем правилам искусства (лат.).

Фактически качественные, диалектические методы являются судьбодиагностическими методами, так как они всегда направлены на вскрытие диалектики, вида борьбы, который бессознательно разыгрывается в самых глубоких пластах души между опасностью влечения и формой защиты или между «проводником» и «следоходом», чтобы потом открыть судьбу персоны. По особому, специфическому для каждого индивидуума способу диалектики мы таким образом делаем вывод о *плане судьбы* конкретного человека. Так как определенные психиатрические формы болезней имеют специфические для них планы судьбы, то на основе диалектического анализа мы можем поставить клинический диагноз. Оба качественных метода являются ведущими методами истолкования в экспериментальной диагностике влечений.

Так как анализ центрируется здесь на внутренней борьбе между двумя противоположными силами, оба качественных метода мы по праву называем «диалектическими» методами истолкования.

В принципе под диалектикой в психологии влечений понимаются бессознательные взаимодействия тенденций влечений и функций Я или взаимодействия «проводника» и «следохода».

В. Количественные методы

Этим методам присуще доминирование *количественного* аспекта. Подсчитывается частота определенных реакций, выражаемая в простых математических формулах, которые на основе *накопленного опыта* служат для диагностики влечений и сферы Я. Оптимальным из этих количественных методов оказался так называемый «*линнеевский*» метод, опирающийся на большую экспериментальную базу данных и служащий для выявления *диагноза судьбы*. Эту методику мы позднее подробно обсудим.

С. Пропорциональные методы

Хотя они и являются частично диалектическими, частично количественными, в них прежде всего доминируют противопоставление, *пропорции противоположных побуждений влечений и функций Я*, посредством которых удается характеризовать персону в какой-либо определенной области существования. В группу пропорциональных методов входят:

- *Пропорции психосексуальных реакций: мазор-минорный метод. Сексуальный индекс.*
- *Пропорции социально-позитивных и социально-негативных реакций: социальный индекс.*

Важное применение аспект пропорций нашел и при использовании линнеевского метода, где классы влечений персоны определяются на основе так называемых «*пропорций латентности*», то есть на основе количественных соотношений опасностей влечений и сферы Я в векторных пространствах (*S, P, Sch, C*).

•

Таким образом, можно представить следующую схему рекомендуемых нами методов истолкования* тестовых профилей:

А. Качественные, диалектические методы

- I. Метод *края и середины*.
- II. Метод *«проводника» и «следохода»*, *комплементарный метод*.

В. Количественный метод

- III. Линнеевский метод.

С. Пропорциональные методы

- IV. Мажор-минорный метод.
- V. Метод социального индекса.

Мы начинаем изложение этих пяти методов с метода края и середины.

* Ряд так называемых сокращенных методов (Ласло, Виттенбергер, ван Солт и т. д.) был проверен моим сотрудником (А. Бали), все они оказались ненадежными.

РАЗДЕЛ VII

КАЧЕСТВЕННЫЕ, ДИАЛЕКТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИСТОЛКОВАНИЯ

ГЛАВА 18

МЕТОД КРАЯ И СЕРЕДИНЫ

К влечениям края мы относим сексуальное влечение и влечение к контактам, то есть векторы *S* и *C*.

К влечениям середины относится пароксизмальное влечение *P*, обуславливающее этически-моральные способы поведения людей, и эго-влечение *Sch*, обуславливающее установку Я (*k*) и духовную цензуру (*p*).

Выделение этих двух групп векторов имеет смысл как в топографическом, так и функциональном отношении. Топографически векторы влечений *S* и *C* действительно расположены на краю, а векторы *P* и *Sch* — в середине профиля. Но для целей истолкования гораздо важнее функциональное значение разделения профиля влечений. Краевые влечения всегда сигнализируют о тех опасностях влечений, которые возникают на краю в сексуальной жизни и в сфере контактов. А середина, напротив, показывает защитную деятельность психики, посредством которой человек пытается избежать опасностей «от краев».

Таким образом, метод края и середины делает видимой индивидуальную диалектику и индивидуальный план существования личности в его естественной форме. Посредством безмолвных и бессознательных выборов этот метод позволяет осуществить ранее столь таинственный структурный анализ личности — причем нам здесь не придется попадать в искусные ловушки высказываний и упираться в защитные барьеры.

В отличие от «безымянно» проводимого радикального теста выборов в других, «вербальных тестах» (тест Роршаха, ТАТ) работа по интерпретации данных должна проводиться двухфазно — подобно тому, как это делается при толковании сновидений. Вначале необходимо истолковать «фасад» высказываний испытуемого, то есть интерпретировать универсальную, коллективную символику на объект-ступени, а уже после этого — скрытые, специфичные только для индивидуума побуждения в высказанном тексте, интерпретируя на субъект-ступени. В экспериментальной диагностике влечений и сферы Я, напротив, первоначальные структуры и корневые процессы бессознательного — как и в радиологии — сразу же просвечиваются и становятся видимыми без вербальных объяснений. Профили влечений открывают

невидимые другими методами планы возможных форм существования, не обременяя нас словами, которые могут истолковываться по-разному.

Один-единственный профиль влечений, который мы интерпретируем с помощью метода края и середины, естественно, будет сигнализировать *только об актуальных*, эпизодических опасностях влечений и об одной из форм защит. Серия из восьми или десяти экспериментов позволяет получить сведения о нескольких чаще всего встречающихся у персоны видах опасностей влечений и способах защиты. На основе таких знаний мы сможем:

- 1) отделить у конкретной персоны острое, эпизодическое в жизни ее влечений и сферы Я от хронического, постоянного;
- 2) выявить разнообразие экзистенциальных возможностей или, наоборот, ригидность определенных форм существования;
- 3) подобрать соответствующие профилактические меры для дальнейшей жизни или пути исцеления.

Метод края и середины всегда должен применяться в первую очередь, и используется он для предварительной ориентации в скрытых планах судьбы. Мы даже используем этот метод истолкования при исследованиях групп, в которых каждый член группы прежде всего выявляется в персональной борьбе влечений и защит. Только после этого можно подумать о структуре самой группы — когда мы это делаем на основе совпадения или расхождения результатов отдельных интерпретаций, можно выявлять определенные типы участников группы. Все исследования групп, описанные в литературе (начиная с 1952 года), упускавшие возможность исследовать конкретных участников с помощью метода края и середины, ограничивавшиеся статистическим подсчетом факторных и векторных реакций или тестовых симптомов и синдромов, приводили к неправильным результатам, так как разрушалась жизненная взаимосвязь опасностей влечений и видов защит, размывались искомые планы судьбы в результате операций суммирования и деления. Это должно стать предостережением на будущее, окончательно исключающим обращение к удобному пути суммарного подсчета реакций внутри какой-либо группы*.

Естественно, правильное применение метода края и середины требует знания общей психологии факторов и векторов влечений, а также знания 64 векторных картин. Так как у многих психологов такие знания отсутствуют, они вынуждены прибегать к статистическим методам, которые приводят к искажению истинной картины группы, и особенно индивидуальных планов судьбы.

Краевые влечения *S* и *C* дают сведения о состоянии в факторных пространствах эроса (*h*), танатоса (*s*), в тенденциях изменения и застревания (*d*), в намерениях быть привязанным или разорвать отношения (*m*). Истолкователь профиля должен видеть единым взором все четыре факторных состояния, делая вывод о межличностных отношениях исследуемой персоны в результате сравнения и обобщения профильных картин. Такой интегральный способ истолкования можно упростить, вначале истолковывая факторные реакции *h* и *m*, а уже после этого факторы *s* и *d*. Приведем несколько примеров.

* Friedemann, A.: Einführung zur Anwendung des Szondi-Testes als Gruppentest. H. Huber, Bern, 1959.

Пример 1

+	!	<i>h</i>
+	!	<i>m</i>

Перед нами тестовая картина персоны, которая несет в себе чрезмерно *неудовлетворенные* тенденции к любви (+ ! *h*) и привязанности (+ ! *m*).

Если та же самая персона в двух других краевых факторах дает следующие реакции:

+	<i>s</i>
-	<i>d</i>

мы должны будем подумать о чрезмерно сильной и пролонгированной привязанности к одному из родителей, чаще всего к матери (*C* - + !), которую, как чувствует эта персона, она не полностью признает и принимает, из-за чего и возникают агрессивные чувства (+ *s*). Таким образом, краевые опасности представляют здесь первичную инцестуозную агрессию (+ *s*) из-за неудовлетворенных любви (+ ! *h*) и притязания на привязанность (+ ! *m*). В данном случае мы должны думать о существовании невроза принятия.

Пример 2

+	!!	<i>h</i>
-	!	<i>s</i>
-	!	<i>d</i>
-	!	<i>m</i>

Опасность краевого влечения состоит здесь в экстремальной оставленности (- ! *m*), персона полностью *изолируется* от мира (- ! *d*, - ! *m*). Так как она надеется на абсолютную любовь (+ !! *h*) того человека, который ее покинул, ее агрессия обращается против собственной персоны (- ! *s*). Таким образом, опасность влечений в данном случае возникает, с одной стороны, из-за заблокированности контактов и одиночества (*C* - ! - !), а с другой - из-за танатоманического самосаботажа, который в определенных обстоятельствах может довести до самоубийства. Но действительно ли персона совершит самоубийство? Ответ на этот вопрос, естественно, зависит от силы (или слабости) середины.

Факторы середины дают нам сведения об этических (*e*), моральных (*hy*), проверяющих на реалистичность, то есть оценивающих (*k*), и духовных (*p*) силах персоны, с помощью которых можно защититься от опасностей краев. О природе системы цензуры середины нас, в принципе, может информировать следующая схема.

А. Социально-позитивные стремления середины

- | | |
|---|-------------|
| 1. Внутренняя, этическая цензура совести | + <i>e</i> |
| 2. Внешняя, моральная цензура стыда | - <i>hy</i> |
| 3. Реалистическая установка посредством отказов | - <i>k</i> |
| 4. Идеальная, духовная цензура | + <i>p</i> |

В. Социально-негативные стремления середины

- | | |
|---|-------------|
| 1. Тенденция к злу, к накоплению ярости, гнева, ненависти, мести, зависти и ревности, настроенность на убийство | - <i>e</i> |
| 2. Чрезмерное стремление показать свою значимость | + <i>hy</i> |
| 3. Желание обладать, корыстолюбие, жадность, алчность | + <i>k</i> |
| 4. Тенденция перекладывать свою вину на других: проекция | - <i>p</i> |

Позже эта схема была расширена до *метода социального индекса*. Но пока схемы будет достаточно, чтобы ответить на вопрос, на самом ли деле персона из примера 2 может совершить самоубийство*.

Первая альтернатива:

$\overbrace{S}^{h \quad s}$		$\overbrace{P}^{e \quad hy}$		$\overbrace{Sch}^{k \quad p}$		$\overbrace{C}^{d \quad m}$	
+	-	+	0	0	0	-	-
Край		Середина				Край	

Здесь отсутствуют три цензурных фактора середины. А именно, моральный (0 *hy*), проверка на реалистичность (0 *k*) и духовная цензура (0 *p*). Зато один из четырех цензурных факторов, *этический-религиозная цензура*, то есть совесть, отличается чрезмерной силой (+|| *e*). Скорее всего, этой цензуры совести будет вполне достаточно, чтобы, несмотря на полную заблокированность контактов (*C* -| -|) и обращение агрессии на свою собственную персону (-| *s*), удержать этого человека от самоубийства. Хотя персона живет в состоянии инстинктивной фобии (*P* +|| 0), она способна *этическим* способом проживать тенденции, саботирующие ее самость, например, полностью предаваясь какому-либо религиозному, гуманистическому, научному или политическому движению — чуть ли не до самопожертвования. Следовательно, прогноз судьбы в этом случае будет благоприятным.

Вторая возможность будет заключаться в том, что персона в истерической форме (+|| *hy*) выносит тенденции к самосаботажу на всеобщее обозрение:

$\overbrace{S}^{h \quad s}$		$\overbrace{P}^{e \quad hy}$		$\overbrace{Sch}^{k \quad p}$		$\overbrace{C}^{d \quad m}$	
+	-	0	+	0	0	-	-
Край		Середина				Край	

При этом варианте судьбы истолкователь профиля должен будет считаться с повторяющимися *суицидальными попытками*, которые, хотя и носят в себе истериформную черту (+ || *hy*), тем не менее при неблагоприятных обстоятельствах могут приводить к безответственному саморазрушению. Прогноз судьбы здесь неблагоприятен.

Третья возможность с социальной точки зрения тоже будет неблагоприятной, хотя персоне в этой ситуации не столь явно угрожает возможность самоубийства:

$\overbrace{S}^{h \quad s}$		$\overbrace{P}^{e \quad hy}$		$\overbrace{Sch}^{k \quad p}$		$\overbrace{C}^{d \quad m}$	
+	-	0	0	+	0	-	-
Край		Середина				Край	

* В примере 2 только явно позитивные реакции выборов могут вызвать изменения, так как негативные выборы уже достигли своего максимума 12 (3 x 4).

При такой середине персона разрешает свои проблемы отгороженности от мира и общества, а также свой реактивированный самосаботаж посредством того, что предается *скутности, жадности и алчности*, накоплению духовного и материального имущества (денег, антиквариата и т. д. +|| *k*, -| *d*), подвергаясь в результате этого — как и любой ростовщик — презрению и уничтожению (-| *s*) со стороны окружающих людей. Это «моральное самоубийство» (0 *e*, 0 *hy*, 0 *p*).

Четвертая возможность судьбы, хотя и представляется для общества более социально-позитивной, для самого индивидуума является необычайно опасной:

$\overbrace{h \quad s}^S$		$\overbrace{e \quad hy}^P$			$\overbrace{k \quad p}^{Sch}$	$\overbrace{d \quad m}^C$	
+	-	0	0	0	+	-	-
Край		Середина				Край	

Из-за духовной одержимости (+|| *p*) [в отсутствие реалистичного оценивания (0 *k*) и этично-моральной цензуры (P 0 0)] судьба персоны находится в необычайной опасности. Так как к опасностям на краях присоединяется *опасность инфляции* в середине, вероятно, в данном случае господствует дилемма амбитенденций: нужно ли сводить счеты с жизнью (-| *s*, -| *d*, -| *m*, +|| *p*) или можно жить дальше? Возможен и другой вид одержимости, а именно, *эротомания* (+|| *h*, +|| *p*), то есть сексуальная, чаще всего бисексуальная инфляция, в результате чего у персоны может развиваться инфляционный бред. Прогноз судьбы здесь неблагоприятен.

Мы оставляем читателю возможность попрактиковаться, исследуя планы судьбы, в которых семь оствющихся *позитивных* реакций выборов будут распределяться на *два* или *три* центральных фактора (например: + 2*e*, + 3*hy*, + 2*p*; или + 4*k*, + 3*p* и т. д.).

В таблице 9 мы приводим примеры вариаций середины с соответствующими интерпретациями. Необходимо помнить, что речь здесь идет только о *примерах*, а не о диагностических закономерностях, как хотели бы считать некоторые психологи.

В каждом конкретном случае мы должны тщательно исследовать корреляционные взаимоотношения между опасностями на краях и видами защиты в середине, чтобы выявить действительные намерения в персональном плане судьбы.

После общих разъяснений мы можем попытаться целостно истолковать некоторые профили с помощью методики края и середины.

Таблица 9. Примеры вариаций середины, обнаруживаемых у различных испытуемых

Вариации середины	Данные: e h u k p	Примеры социализации	Примеры патологии
<i>I. Тотальная потеря середины</i>	0 0 0 0		психопатия, педомания
<i>II. Частичная потеря середины</i>			
1) с одержимостью	0 0 0 +	криминология	мания величия бред преследования гомосексуальность фобия пароксизмальное заболевание, эпилепсия
2) с тотальной проекцией	0 0 0 -		
3) с женским Я или брошенностью	0 0 0 ±		
4) с мучительными укорами совести	+ 0 0 0		
5) с накоплением гнева («Каин»)	- 0 0 0		
6) с неврастеническими сомнениями	± 0 0 0		
7) с одержимостью чувством вины	+ 0 0 +		
8) с накоплением гнева и проекцией	- 0 0 -		
9) с нравственными сомнениями и женским Я	± 0 0 ±		
<i>III. Позитивная середина</i>			
1) психастеническая, истероформная	++ ++	теология	психастения аутичная шизофрения, эндогенная депрессия
2) аутичный «Каин»	-++ -		
3) «Каин» с нравственными дилеммами и брошенностью	± ++ ±	теология политика, театральное искусство, экспрессионизм	депрессия
4) стремление к значимости и власти	0 ++ 0		
<i>IV. Негативная середина</i>			
1) асоциальная середина	----	нормальное состояние, криминология	ипохондрия
2) подавленный «Авель» с чувством вины	+ --- +		
3) «Авель» с равнодушием и нравственными дилеммами	± --- ±		
4) бессознательная вина и страх наказания	0 -- 0		
<i>V. Середина с сомнениями</i>			
1) «Каин» с сомнениями	- ± ± -	психопатия	бегство (фуги), паранойя
2) «Авель» с сомнениями	+ ± ± +		
3) Пессимистичный гуманизм	± ± ± ±		
4) Навязчивые импульсы с приступами жалоб	0 ± ± 0		

Таблица 10. Вариации середины при различных заболеваниях

Патологическая середиз	e h y k p	Примеры патологии
I. Параноидная середиз	$\begin{matrix} 0 & -! & 0 & -! \\ + & -! & 0 & -! \\ 0 & - & \pm & - \\ 0 & - & 0 & +! \end{matrix}$	Параноидная шизофрения Параноидная шизофрения Пароксизмальная паранойя (бегство) Мания величия и страх сензитивных отношений
II. Шизоидная, кататониформная середина	$\begin{matrix} - & 0 & -! & 0 \\ - & \pm & -! & 0 \end{matrix}$	Кататониформная шизоидность или шизофрения Органический психоз, аутодеструкция
III. Депрессивная середина	$\begin{matrix} 0 & - & +! & - \\ 0 & 0 & + & - \\ - & + & + & - \\ 0 & + & + & 0 \end{matrix}$	Мгновенная интроекция, начало эндогенной депрессии, простая форма шизофрении, мазохизм, фетишизм, «Каин»
IV. Маниакальная или гипоманиакальная, деструктивная середиз	$\begin{matrix} 0 & 0 & -! & - \\ 0 & + & -! & - \\ - & + & -! & - \end{matrix}$	Psychosis maniacalis, Paralysis progressive и др. органические психозы, аутодеструкция
V. Деперсонализированная середиз	$\begin{matrix} + & - & - & \pm \\ 0 & 0 & - & \pm \\ 0 & + & - & \pm \end{matrix}$	Состояние перед психозом и после психоза (изпримар, эндогенной депрессии) или невроза, а также во время фазы деперсонализации
VI. Ипохондрическая середина	$\begin{matrix} + & - & - & + \\ 0 & - & - & 0 \\ + & - & - & 0 \\ 0 & - & - & + \\ \pm & - & - & \pm \end{matrix}$	Страх вины и наказания, ипохондрия, фобия, ипохондрический бред, сказанность
VII. Психопатическая или патоманическая середина	$\begin{matrix} 0 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & + \\ 0 & 0 & 0 & - \\ 0 & 0 & 0 & \pm \\ \pm & 0 & 0 & 0 \\ - & 0 & 0 & 0 \\ + & 0 & 0 & 0 \end{matrix}$	Потеря середины. Пьянство, наркомания, сексуальная психопатия (нимфомания), клептомания и др. схожиз «пароксизмальные» мономании
VIII. Анакстическая середиз навязчивостей	$\begin{matrix} \pm & 0 & \pm & 0 \\ \pm & - & \pm & 0 \\ 0 & \pm & 0 & \pm \\ - & \pm & 0 & \pm \end{matrix}$	Невроз извязчивости. Импульсы навязчивости (изпримар, при латентной мужской гомосексуальности)
IX. Середина скованности	$\begin{matrix} - & + & - & + \\ - & 0 & - & + \\ 0 & + & - & + \\ \pm & + & - & + \\ - & - & - & + \end{matrix}$	При неврозах, в которых от эдипова комплекса защищаются подавленностью (C = - +)

Таблица 10. (Окончание)

Патологическая середина	a h y k p	Примеры патологии
X. Истериформная середина	$\left. \begin{array}{cccc} + & + & - & 0 \\ + & + & - & + \\ + & + & - & \pm \\ 0 & 0 & - & + \\ 0 & 0 & - & 0 \\ 0 & 0 & - & \pm \end{array} \right\}$	Конварсионная истерия и др. неврозы, в которых доминируют переполненность и разрядка аффектов, от которых защищаются подавлением, вытеснением и ступидизмом
XI. Невротического страха фобическая середина	$\left. \begin{array}{cccc} + & 0 & \pm & \pm \\ + & 0 & \pm & + \\ + & +! & \pm & \pm \\ + & \pm & \pm & \pm \\ 0 & -! & 0 & 0 \\ + & - & 0 & 0 \end{array} \right\}$	Невротический страх, фобии, например, агорафобия, страх перед смертью и т.д.
XII. Пароксизмальная, эпилептиформная середина	$\left. \begin{array}{cccc} - & -! & -! & - \\ 0 & -! & -! & -! \\ 0 & - & \pm & - \\ 0 & - & 0 & 0 \\ - & - & 0 & - \\ - & - & - & \pm \end{array} \right\}$	Генуинная эпилепсия и ее эпилептиформные эквиваленты: мигрень, заикание, астма, или же порно-, клетро-, пиро- и дипсомании
XIII. Середина перверсий	$\left. \begin{array}{cccc} + & + & +! & + \\ + & + & +! & 0 \\ + & + & \pm & 0 \\ \pm & \pm & + & + \\ \pm & \pm & +! & 0 \\ +! & - & +! & - \\ - & 0 & - & + \\ - & + & - & + \\ + & 0 & 0 & - \\ + & 0 & -! & 0 \\ + & - & \pm & - \\ 0 & 0 & 0 & - \end{array} \right\}$	c d = + (0) и m = + (0) фетишизм c d = + (0) и m = + (0) малохизм c d = + (0), r = + (0) и s = + садизм экспозиционизм
XIV. Середина инверсий	$\left. \begin{array}{cccc} + & - & 0 & \pm \\ 0 & - & 0 & \pm \\ 0 & - & - & \pm \\ 0 & \pm & 0 & \pm \\ - & + & \pm & 0 \\ - & + & \pm & + \\ 0 & + & + & 0 \\ - & + & 0 & 0 \end{array} \right\}$	гомосексуальность у мужчин с навязчивыми импульсами гомосексуальность у женщин

Случай 1. Среднестатистический человек

[illegible]

Рис. 14

S	P	Sch	C
+	+	-	-

І. Анализ края:

1. Персоне удается в сексуальной жизни сплести два фактора, формирующих сексуальность, а именно любовь (+ *h*) и сексуальную активность или агрессию (+ *s*). Таким образом, персона располагает нормальной сексуальной активностью без патологических отклонений. Это — нормальная сексуальность обычного человека*.

2. Отношения в контактах характеризуют обычного человека: он не фиксирован жестко и неизменно на одном определенном объекте, а скорее наоборот, полностью свободен ($-m$), чтобы отправиться на поиски новых объектов ($+d$), причем его нельзя назвать распущенным или беспринципным (отсутствует чрезмерная количественная напряженность).

II. Анализ середины:

1. Этично-моральную установку персоны нельзя назвать благоприятной. Обычный человек стремится накапливать в себе ярость и гнев, ненависть и мстительность, зависть и ревность ($P = +$ «Каин»).

2. Тем не менее он не представляет опасности для общества, так как эго-функции надежно защищают его от опасных аффективных преступлений. Персона показывает вымощрованное Я (*Sch* — —), которое хотя и проецирует притязания на удовольствия во внешний мир (*-p*), все-таки располагает достаточной способностью оценивать их реалистичность, чтобы успевать вовремя отказаться от (*-k*). В результате этого спроецированные желания (*-p*) становятся неопасными, персона адаптируется.

III. Диагноз судьбы:

Обычный средний человек ($S++$, $Sch--$) с преобладанием грубых аффектов ($P++$), без всякого выбора легко удовлетворяющейся сексуальностью ($S++$)

* Неизвестно, согласуется ли это утверждение с современными инвертированными отношениями полов.

и готовностью к контактам любого рода ($C + -$), нигде не показывающий чрезмерной напряженности потребностей. Таких людей можно встретить практически везде.

IV. Прогноз судьбы:

Обычная судьба без большой опасности любого рода.

Случай 2. Мазохизм (49-летний художник)

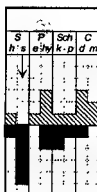


Рис. 15. Профиль влечений при мазохизме (перед электрошоком)

S	P	Sch	C
0 -!!	0 ±	- 0	+ +

I. Анализ края:

1. В сексуальной жизни сильная опасность подстерегает этого человека из-за присущего ему экстремального *мазохизма* ($S 0 -!!$).

2. К этому присоединяется *билатеральная* опасность в контактах ($C + +$), то есть в жизни контактов проявляются две стороны, по-видимому, существует ориентация на два пола. Вместе с большой степенью выраженности мазохизма это, с одной стороны, указывает на опасность би- или гомосексуальности, а с другой — на трудности в профессиональной деятельности ($-!! s, C + +$). Таким образом, опасности по краям очень велики.

II. Анализ середины:

У этого человека отсутствует опора на нравственные, этические принципы ($0 e$), да и в вопросе, должен ли он открыто заявлять о своих гомозотических склонностях или продолжать их скрывать ($\pm hy, -!! s$), он пока остается амбивалентным. Как следствие нерешительности, он вечно жалуется и сокрушается ($P 0 \pm$), обнаруживается также склонность к депрессии ($-!! s, + d$).

Вопрос о том, будет ли это эндогенная или невротическая депрессия, решает эгокартина $Sch = 0$, которая представляет собой классическую картину вытеснения, свидетельствующую скорее о психоневрозе, чем об эндогенной депрессии.

Случай 3. Эпилепсия (23-летняя девушка)



Рис. 17. Профиль влечений в случае эпилепсии

S	P	Sch	C
$\pm$ +!!	0 -1	0 0	- +

I. Анализ края:

Опасности в сексуальной жизни девушки, с одной стороны, состоят в патологически повышенной агрессии (+!! s), а с другой — в амбивалентности в области любви, а также в отношении пола избираемого объекта ($\pm h$).

Картина контактов позволяет обнаружить объект агрессии испытуемой. Им является инцестуозный объект, то есть один из родителей, к которому она продолжает быть прочно привязана ($-d$) и от которого она пока не способна отделиться ($C - +$). Амбивалентность в любви ($\pm h$), особенно одна из сексуальных картин, $S - +!!$, указывает на то, что большая крепко привязана к матери ($C - +$), которую она любит ($+h$), хотя в то же время садистически (+!!) издевается над ней. Краевые опасности, по-видимому, состоят в инцестуозной любви ($+h, -d, +m$) и в инцестуозной ненависти ($+!! s, -d, +m$) к матери.

II. Анализ середины:

1. Середина отличается чрезвычайной слабостью. У девушки отсутствуют три из четырех факторов цензуры, а именно этическая (0 e), проверяющая на реалистичность (0 k), и духовная (0 p) цензура. Пароксизмальная реакция: $P 0 -1$, с одной стороны, указывает на параноидный сензитивный страх отношений, а с другой стороны — на патологическую защиту, тенденцию прятаться.

2. В сфере Я обнаруживается склонность к сумеречным состояниям или абсансам, а именно потеря Я ($Sch 0 0$).

III. Диагноз судьбы:

Если опираться на выявленные тенденции, диагноз судьбы будет следующим: молодая девушка в детстве была крепко привязана к одному из родителей, скорее всего к матери; вначале это была любовь, а потом — ненависть. По какой-то причине

инцестуозная любовь превратилась в инцестуозную ненависть. Патологическая агрессия ($+11 s$) возникла у девушки после того, как в отношениях любви с объектом появились сомнения, ненадежность, амбивалентность ($\pm h$). Девушка скрывает свою безмерную агрессию ($+11 S, -1 hy$) и из-за этого впадает в сумеречное состояние. Эпизодически она теряет свое Я ($Sch\ 0\ 0$), то есть клинически мы можем наблюдать абсансы.

IV. Прогноз судьбы:

Из-за потери середины ($0 e, 0 k, 0 p$) является неблагоприятным.

V. Краткая история болезни:

Абсансы наблюдаются у девушки часто, даже днем; ночью чаще тоническо-клонические судороги. Рассматривая ее судьбу с патологической стороны, можно сказать, что чувственно она любила мать примерно до конца пубертатного периода; затем инцестуозная любовь обратилась в ненависть. Девушка хотела убить мать, которая страдала сексуальными извращениями (зоофилия). Во время нашего исследования мать и дочь находились в одном и том же лечебном учреждении, хотя и не могли встречаться, так как дочь мгновенно впадала в ярость, стоило ей увидеть мать. Девушка является бисексуалкой ($S \pm +11$), у нее были лесбийские и гетеросексуальные контакты. Она желает стать медсестрой, но отличается большим непостоянством и недоверием, бывают и параноидные идеи отношений ($P0 -1$). Приведенный нами профиль пациентки сделан вскоре после эпилептического приступа ($Sch\ 0\ 0$). Остальные тестовые профили подтверждают диагноз и прогноз судьбы — в серии из десяти экспериментов заметно застывание первоначального профиля.

*

Метод края и середины в принципе не модифицируется и при истолковании серий профилей. В качестве основных идей можно привести следующие:

1. В серии профилей влечений вначале необходимо найти краевые опасности или на основе синдромов патологических реакций, или учитывая чрезмерную количественную напряженность потребностей. Действительно, гораздо легче и точнее можно выявить опасность влечений по отдельным патологическим векторным картинам, чем по обычным, банальным реакциям типа $S + +$, $Sch - -$. Причем даже появившаяся в серии экспериментов с восемью или десятью профилями только один или два раза реакция, патологическая по своему качеству или количеству, будет обладать большой информативностью. Этот принцип основывается на том факте, что психически больной человек — даже пребывая в стенах лечебного учреждения — чаще всего «свободен от симптомов». Патологические реакции — как, например, параноидный, эпилептиформный приступ, гомосексуальное или перверсивное побуждение, психически неустойчивое, распущенное поведение, припадок ярости и т. д. — чаще всего появляются только эпизодически, особенно в тех случаях, когда руководителю эксперимента удастся создать для больного относительно «нормальную» адаптационную ситуацию при проведении тестирования. У нас накопился опыт, свидетельствующий о том, что самые беспокойные шизоидные, эпилептоидные или маниакальные

больные и даже больные шизофренией с легкими формами кататонической шизофрении *какое-то* время в ситуации тестирования способны вести себя «квазинормально». Тем не менее на некоторых диагностических профилях неожиданно появляются симптомы, характерные для их формы заболевания, которые именно в таких профилях и позволяют сделать выводы, приводящие к правильному диагнозу. Именно патологические профили чаще всего совпадают с клиническим диагнозом.

2. Так как мы при интерпретации профилей давно не обращаемся к так называемой «диагностике вслепую», а предварительно узнаем, является ли испытуемый пациентом лечебного учреждения, заключенным и т. д., или получаем дополнительную информацию от лечащего врача, педагогов или семьи, *то задача прежде всего заключается в ответе на вопрос: какие бессознательные и скрытые функции влечений и сферы Я прячутся за поведением или диагнозом? Подобно тому, как это принято при интерпретации сновидений и результатов психологических тестов, мы находим ответы на вопросы, которые относятся к латентным намерениям и тенденциям судьбы испытуемого, а не концентрируемся на постановке клинического диагноза, который может существенно различаться у разных психиатров. Это обстоятельство и объясняет то, что гораздо легче разобраться с опасностями влечений на краю и видами защиты в середине по одному или двум патологическим профилям, чем обнаружить что-нибудь подобное в шести или восьми так называемых нормальных профилях. Потому совершенно правильным будет то, если истолкователь теста прежде всего проинтерпретирует патологические реакции на краю и в середине, и только после этого примется за изучение банальных реакций. По той же самой причине невозможно правильно проинтерпретировать результаты какой-либо группы профилей, ограничиваясь только статистическими методами.*

Мы настоятельно предупреждаем психологов от постановки психиатрического диагноза на основе патологических реакций, обнаруженных на краю и в середине. От этого должен отказаться и врач. На наш взгляд, задача профессионального клинического психолога заключается в том, *что он обращает внимание психиатра на возможные патологические намерения в судьбе пациента, а постановку клинического диагноза предоставляет лечащему врачу — подобно тому, как это делает рентгенолог.*

3. По частоте стандартных профилей в серии из десяти экспериментов мы можем делать выводы *о способностях больного к адаптации или о готовности к диссимуляции*^{*}.

4. Далее, в серии профилей мы должны обращать внимание на появление, с одной стороны, *застывания* реакций выбора, а с другой стороны — на *скачкообразные или зеркальные обращения* картин влечений (по теории Сюзан Дери^{***}).

Если испытуемый восемь или десять раз в серии экспериментов дает почти один и тот же профиль, мы должны *думать о застывании психической жизни, о ее ригидности, а особенно о сужении судьбы до одной-единственной формы существования в характере или болезни.*

* Moser, U.: Validierung, Blinddiagnose und die Problematik des Krankheitsbegriffes im Szondi-Test. Szondiana II. Huber, Bern und Stuttgart, 1955. S. 35-64.

** Сознательное утаивание имеющихся симптомов болезни (лат.).

*** Déri, S.: Introduction to Szondi Test. Grune et Stratton, New York, 1949. S. 328-332 («Mirror-Changes»).

Если, наоборот, в серии экспериментов на краю или в середине появляются быстро чередующиеся тотальные обращения картин влечений, то эти скачкообразные метаморфозы указывают или на симуляцию (например, у уголовных преступников в период проведения дознания) или — в определенных обстоятельствах — на шизоформные процессы (С. Дери). В качестве примера можно привести следующие формы обращения картин влечений: + !!! s в той же самой серии экспериментов превращается в -!! s (см. рис. 27). Или Sch — + неожиданно оборачивается в Sch + -, а Sch ± ± — в Sch 0 0 и т. д. Последняя форма особенно часто встречается у пароксизмально-эпилептиформных больных или в момент перед сумасшествием*.

Таким образом, застывание реакции является серьезным сигналом отсутствия динамики, а скачкообразное обращение векторной картины будет говорить о патологически повышенной динамике в психике индивида (см. об этом случаи 4, 5) и о пароксизмальности.

*

На основе приведенных принципов мы проинтерпретируем судьбопсихологическим способом два эксперимента из десяти серий (метод края и середины).

Случай 4 (Э. Штумпер): застывание психики при инфлятивной и проективной шизофрении (30-летний рабочий)**

Пациент был помещен в больницу после убийства сестры и суицидальной попытки.

	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
I	0	-	±	+	0	+	-	+1
II	0	-	-	±	0	+	-	+1
III	0	-	±	±	-	±	0	+1
IV	0	-	-	±	-	±	-	+1
V	0	-	-	±	0	±	-	+1
VI	0	-	-	±	0	±	-	+1
VII	0	-	-	±	0	±	-	+1
VIII	0	-	-	±	0	±	-	+1
IX	0	-	-	±	0	±	-	+1
X	0	±	±	±	0	-	-1	+1

* Studer-Salzmann, U.: Zur Psychologie des faktoriellen Umschlages im Test. Das "Kain-Abel"-Schicksal. Szondiana VII. Huber, Bern nad Stuttgart, 1967, S. 343ff.

** Stumper, E.: Triebstruktur und Geisteskrankheiten. Abhandlungen zur experimentellen Triebforschung und Schicksalspsychologie. Nr. 2. (Hg. L. Szondi), Huber, Bern und Stuttgart. S. 45.

Достаточно одного взгляда на таблицу, чтобы обнаружить, что душевнобольной полностью застыл в одной-единственной возможности судьбы. Застывание профиля облегчает интерпретацию психических процессов, которые привели к убийству, суицидальной попытке и психозу. Для больного застытие является неблагоприятным признаком. С помощью метода края и середины мы проинтерпретируем процессы, которые стали причиной болезни.

1. Анализ края:

Из десяти картин сексуального вектора больной девять раз выдал одну и ту же векторную картину $S0$ — и только один раз картину $S0 \pm$. Таблица № 5 (S_4) свидетельствует, что векторная картина $S0$ — указывает на доминирование покорности, пассивности, жертвенности. Это полностью соответствует состоянию больного. *Но об убийстве, совершенном им, и садизме больше, чем все остальные девять одиотипных реакций $S0$ —, говорит единственная сексуальная картина $S0 \pm$.* Из той же таблицы № 5 (S_8) мы узнаем, что сексуальная векторная картина $S0 \pm$ свидетельствует о садомазохизме ($\pm s$). Отсутствует дающая опору любовь ($0h$); это происходит или потому, что больной ее вытесняет, или потому, что он проживает ее в инфантильной или инцестуозной форме. Если мы разложим векторную картину $S0 \pm$ на две возможных формы существования, то становится видна возможность как убийства, так и самоубийства. Картина: $S0 \pm$ указывает на две возможности судьбы: 1) на $S0 +$ (таблица № 5 S_2) — доминирование агрессии, садизма (желания совершить убийство) и 2) на $S0 -$ (таблица № 5 S_4) — доминирование мазохизма (самоубийство). Единственный раз встретившаяся реакция $S0 \pm$ показывает, таким образом, predisposition к убийству и самоубийству в форме садомазохизма. Об этом мы и узнаем из истории болезни. Для психолога, интересующегося влечениями, более важен второй вопрос, а именно: *почему появился сексуальный садомазохизм.*

Ответ дает анализ влечения к контактам: больной был инцестуозно привязан к своему объекту: *девять раз* (из десяти профилей влечений) больной показывает классическую картину инцестуозной привязанности: $C - +!$. Десятая (X) реакция $C -! +!$ является не только доказательством существования количественно повышенной потребности в привязанности ($! m$) к объекту, который он любил и ненавидел, но и доказательством того, что из-за повышенной теидеции к застреванию больной этот попросту не способен на изменения, то есть на отделение от объекта и поиски нового объекта ($C -! +!$). Появляющаяся десять раз количественная напряженность в факторе m открывает ставшую столь трагичной привязанность и преданность инцестуозному объекту, с которым больной жил в садомазохистических отношениях любви и ненависти. Этот объект может быть только его жертвой, его сестрой.

Единственный раз встретившаяся векторная реакция $C0 +!$ говорит о том, что неудержимое желание привязанности ($! m$) остается у него неизменным даже тогда, когда он перестает быть застревающим, анальным ($0d$). Таким образом, анализ края не только подтверждает инстинктивную predisposition к убийству и самоубийству, но и выявляет скрытые инстинктивные мотивы преступления. На этом примере нам удалось продемонстрировать: 1) для чего служит тестирование, 2) что мы понимаем под раскрытием невидимых намерений судьбы.

II. Анализ середины:

1. У больного семь раз обнаруживается аффективная картина: $P - \pm$. В таблице № 6 она (P_{11}) называется а) прячущейся *натурой Каина*; б) моральным скептиком ($\pm hu$), пытающимся подавить в себе «Каина» ($- e$); в) панической тревогой ($P - -$), выносимой на всеобщее обозрение; д) пред- или постфаза опасности вспышки грубых аффектов (убийство под воздействием аффектов?).

Дважды появляющаяся аффективная картина: $P \pm \pm$ показывает этически-моральную борьбу Авеля ($P + -$) со своим братом Каином. Единственный раз появившаяся картина $P \pm +$ представляет из себя «Каина» ($P - +$) в фазе желания загладить вину ($+ e$).

2. В сфере Я доминирует картина $Sch 0 \pm$ (пять раз). Это указывает не только на мучительную заброшенность больного, но и — *глядя глазами психиатра* — на *патологическую одержимость инцестуозной любовью* ($Sch 0 +$, $C - +!$) и на *патологическую готовность прибегнуть к проекции* ($Sch 0 -$). Правильность этого вида истолкования эго-картины $Sch 0 \pm$ подтверждается инфляционной эго-картиной $Sch 0 +$ (профили I—II) и проективной картиной $Sch 0 -$ (профиль X). Картина отчуждения ($Sch - \pm$, профили III—IV) подтверждает гипотезу о ревности. *Поразительная слабость Я* (восемь раз — $0 k$), *не справляющаяся с притязаниями Каина* (семь раз — e), *доказывает недостаточность середины. Слабая середина, таким образом, позволяет совершиться убийству.*

III. Диагноз судьбы:

Посредством интерпретации результатов тестирования вскрываются процессы, которые привели к убийству и суицидальным попыткам. По-видимому, эти процессы были следующими:

1. Больной одновременно любил и ненавидел свою сестру, с которой был связан инцестуозно. Он не был способен отделиться от объекта своей любви.

2. Вероятно, неразделенная любовь к сестре мобилизовала в нем агрессию. Его отношение к сестре стало садомазохистским. Так как у испытуемого было необычайно слабое оценивающее Я ($0 k$) и он был переполнен ничем не сдерживаемой любовью и ненавистью ($Sch 0 +$, $Sch 0 -$ при $C - +!$ и $\pm s$), то в одном из каинитских приступов ярости он стал *убийцей сестры*.

3. После совершенного преступления в больном заговорила совесть. В результате убийства потерял объект любви, и теперь больной обращает агрессию на собственную персону ($S 0 -$), пытаясь совершить самоубийство.

4. Так как ему не удастся уничтожить себя, он оказывается в состоянии полной отчужденности ($Sch 0 \pm$). Больной отчуждается от реальности ($Sch - \pm$) и без всякого сопротивления ($0 k$) отдается инфлятивному и проективному расстройству Я. У испытуемого наблюдается ярко выраженная шизофрения, он ощущает угрозы и преследования со всех сторон. Но с позиции судьбопсихологии больной постоянно оставался эго-больным, только раньше болезнь протекала в скрытой форме.

IV. Прогноз судьбы:

Из-за того, что отсутствует оценивающее Я ($0 k$), прогноз судьбы чрезвычайно плохой.

У. Из истории болезни больного:

Лечащий врач Э. Штумпер сообщает следующее: «Речь идет о 30-летнем рабочем, который несколько лет тому назад убил *душевнобольную* сестру, чтобы избавить ее от страданий, после чего сам попытался покончить с собой. Он был освобожден от суда. На какое-то время больного из-за его *особого поведения и угроз в отношении родственников* поместили в лечебное учреждение»^{*}.

В этом случае мы видим следующие интересные нам результаты:

1. Хорошо видна задача экспериментальной диагностики влечений, которая в первую очередь заключается в том, чтобы выявить *скрытые процессы* в психике, которые привели к аффективному преступлению (убийство, попытки самоубийства). Открываются пути для применения нашего теста в криминологии (Х. Вальдер). При объяснении сущности комплементарного метода мы покажем, что тестологически можно выявить актуальное психическое состояние, а в определенных обстоятельствах — даже будущее пациента.

2. В случае 4 мы привели пример застывания психики на одной-единственной форме существования, исключающей все другие возможности судьбы. Одно это говорит о плохом прогнозе судьбы.

Некоторые критики экспериментальной диагностики влечений используют в качестве доказательства недоработанности или даже ложности нашего метода то обстоятельство, что отдельные тестовые профили в серии из десяти экспериментов в принципе открывают *различные возможности судьбы*. Sancta simplicitas^{**} этих взглядов основывается на все еще, к сожалению, широко распространенных неправильных представлениях о якобы вечной неизменности глубин души у конкретных людей. Такая упрощающая психология не может примириться с тем фактом, что человек приносит с собою в мир несколько возможностей существования и судьбы. Упрощенная психология предается ложным представлениям о том, что, например, шизофреник всегда остается шизофреником, а убийца в любой ситуации своего существования всегда совершает только убийства. В действительности же шизофрения, предрасположенность к убийствам и т. д. являются у человека только одной, причем чаще всего не обязательно сохраняющейся формой существования. Персона имеет и другие возможности существования, о которых она бессознательно дает нам знать в материале эксперимента, побуждая психологов помочь больному пройти метаморфозы (метаною). Именно в этом заключается смысл проведения серии из восьми или десяти экспериментов, которыми необходимо выявить возможности и направления будущих преобразований и изменений у конкретного человека. Застывание глубин души на одной форме существования должно всегда интерпретироваться как «окаменение» характера или патологическая ригидность существования.

Об эффективности выявляемых тестовых картин непосредственно свидетельствует застывание выборов. Э. Штумпер пишет по поводу разбираемого сейчас случая: «Случай опровергает критику, заключающуюся в том, что портреты отдельных факторов по Сонди имеют различную проецирующую силу. Если бы они на самом деле были неравноценными, то невозможно было бы объяснить приведенную нами серию

^{*} Stumper, E.: Triebstruktur und Geisteskrankheiten. Huber, Bern und Stuttgart, 1956. S. 45.

^{**} Салтая простота (лат.)

профилей. Как еще можно истолковать стереотипные выборы, если не на основе учения Сонди о влечениях? *Серия профилей Сонди-теста является неопровержимым доказательством того, что шесть портретов, представляющих один из факторов влечения, производят один и тот же провоцирующий эффект**.

*

Следующий случай послужит в качестве примера применения метода края-середины при скачкообразных трансформациях психических процессов у душевнобольных.

Случай 5". Гебоидная шизофрения (32-летний безработный)

№	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
I	+	-	+	0	-	+	0	-
II	±	+!!	-	0	+	-	0	-
III	+	+	-	-	0	±	0	-
IV	+	+	0	-	-	-	0	-
V	+	+	0	±	-	0	±	-
VI	+	+	0	+	0	-	-	-
VII	+	+	+	-	-	-	0	-
VIII	0	+	-	+	0	±	0	-
IX	±	+	+	±	±	0	0	-

Мы проинтерпретируем девять профилей больного с помощью метода края и середины, чтобы еще раз показать читателю, что истолкование отдельных редких реакций часто бывает более информативным, чем обращение к часто встречающимся обычным реакциям. Качественный анализ обычно гораздо легче приводит к цели, чем количественный.

I. Анализ края:

1. В девяти сексуальных картинах больной пять раз показывает сплавленную, обычную картину: $S + +$. Но для анализа патологических процессов эта реакция не является информативной, тем более что нас интересуют сведения о нарушенной сексуальности, которые можно обнаружить в четырех других картинах.

Дважды больной выдает картину $S \pm +$ (II, IX), один раз даже (II) с количественной напряженностью в факторе s ($S \pm +!!$). Эту сексуальную картину мы истолковываем как знак *бисексуальной, амбивалентной формы любви* ($\pm h$) с преобладанием садизма ($+!! s$). Почему же мы выбираем именно такой расклад сексуальности, помеченный

* Stumper, E.: Triebstruktur und Geisteskrankheiten. Huber, Bern und Stuttgart, 1956. S. 45.

** Déry, S.: Introduction to Szondi Test. Grune et Stratton, New York, 1949. S. 328 ff.

в таблице 5 как S_{II} , а не a) — нормальную, чувственную сексуальность со стремлением к культурной деятельности или b) — культурный садизм с любовью к конкретному человеку? Ответ на это мы получим посредством анализа Я (см. далее), а также в специфической последовательности сексуальных картин на профилях I и II: $S_I = + -$; $S_{II} = \pm + ||$. Сексуальная картина феминизации и инверсии ($S + -$) обращается в противоположность, в садистскую бисексуальную картину ($+ || s$), в которой доминирует агрессивная мужская сексуальность ($S - + ||$). Поэтому, на наш взгляд, здесь бы было вполне справедливо говорить о *бисексуальной* склонности, несмотря на преобладание обычной, «нормальной» сексуальной картины (пять раз встречается $S + +$). Конечно, проблески бисексуальных желаний могут оставаться в рамках мира фантазий, без реализации в жизни. Но для психодиагностики, ориентирующегося на влечения, именно *бисексуальные* притязания представляют особую важность, даже если они остаются без удовлетворения в реальности.

2. Девять картин контактов распределяются следующим образом: $C 0$ — встречается семь раз, $C \pm -$ и $C - -$ появляются однократно. Реакции $C 0$ — говорят об одиночестве, покинутости, а возможно, и о патомании, выступающей в качестве замещающего образования (например, клепто-, порно-, дипсомания и т. д.). Реакция $C \pm -$, и особенно *только один раз появившаяся* $C - -$ (с одновременной реакцией $- p$ в профиле VI) показывают *необычайное, патологическое отвержение больного от реального мира*. Так называемый *негативный ирреальный блок*: $- p, - d, - m$ в профиле VI — *несмотря на единичное появление* — говорит гораздо больше о бедах больного, проявляющихся в расстройствах контактов и обращении к *ирреальному* миру, чем семь раз появившаяся реакция $C 0 -$. Больной живет в патологическом *ирреальном* мире. Одно только это обстоятельство может быть серьезным указанием на душевную болезнь — но только в тех случаях, когда сфера Я тоже патологична.

II. Анализ середины:

1. В аффективной жизни больного мы находим предостерегающие скачкообразные обращения как факторной, так и векторной природы.

$P_I + 0$ превращается в $P_{II} - 0$:	} факторное обращение (на переднем плане)
$P_I + 0$ превращается в $P_{VII} 0 +$	
$P_{VII} + -$ превращается в $P_{VIII} - +$ }	

векторное обращение (на переднем плане)

Такая скачкообразность в аффективной жизни клинически очень характерна для гебоидной шизофрении. В тестовой серии экспериментов обнаруживается много признаков разнообразных фобий.

$P_I + 0$: фобия; $P_{II} - 0$: страх перед аутичной ($Sch + -$) агрессией $+ || s$; $P_{III} - -$: паническая тревога; $P_{IV} 0 -$: сензитивный (параноидный) страх отиошений. Встретившаяся только один раз реакция $P_{VI} 0 +$, то есть стремление к эксгибиционизму, также говорит о существовании *гебоидного* расстройства. Экстремальная скачкообразность — от мягкого, чуткого «Авеля» ($P_{VII} + -$) до грубой аффективности «Канина» ($P_{VIII} - +$) — является еще одним указанием на существование гебоидной пароксизмальности.

2. Анализ сферы Я — как и всегда — является решающим при постановке диагноза судьбы больного человека. Сразу бросается в глаза *зеркальное обращение подавленности* ($Sch_I - +$) в *аутистическо-недисциплинированную интропроекцию* ($Sch_{II} + -$),

как и превращение женского, брошенного Я-минор ($Sch_{VII} 0 \pm$) в мужское, навязчивое Я-мажор ($Sch_{IX} \pm 0$). По мнению Сюзан Дери, такие формы зеркального обращения в сфере Я являются характерными для шизоформных эго-нарушений. Единственная реакция $Sch_{VII} 0 -$ в рамках уже упоминавшегося *ирреального* блока ($-p, -d, -m$) — патогномична для шизофрении гебоидного вида. Две картины встретившейся в сфере Я оставленности (Sch_{III} и $Sch_{VIII} 0 \pm$) должны, таким образом, интерпретироваться как синхронное появление *инфляции* (мегаломании: $Sch 0 +$) и *проекции* ($Sch 0 -$). Обе картины подтверждают гипотезу о существовании *шизоформного* эго-нарушения.

Дважды появившееся «вымуштрованное» Я (Sch_{IV} и $Sch_{VII} -$) подтверждает нашу идею о том, что даже наиболее тяжелый душевнобольной *эпизодически* может вести себя как здоровый человек ($S + +, Sch - -$). Приводимый нами случай является парадигмой для того принципа истолкования, в соответствии с которым в качестве важнейших опорных моментов при истолковании полученных тестовых результатов мы обращаемся не к банальным, обычным реакциям ($S + +, Sch - -$), а к редким, исключительным реакциям, так как именно они открывают патологические возможности судьбы у конкретной персоны.

III. Диагноз судьбы:

На основе интерпретации экстремальных картин реакций на краю и в середине возможна реконструкция процесса заболевания 32-летнего мужчины. На краю психической жизни больному угрожают следующие опасности влечений: 1) *бисексуальные* и *садистические* притязания; 2) *одиночество*, которое приводит, с одной стороны, к неудержимым влечениям (клепто-, пориомания и т. д.: $C 0 -$), а с другой, — к отвращению от действительности и *обращению к патологически ирреальному миру*. Сфера Я патологически реагирует на маргинальные (краевые) опасности влечений, становясь аутистически-недисциплинированной ($Sch + -$) или параноидно-инфлятивной и проективной ($Sch 0 \pm$), и даже навязчиво ($Sch \pm 0$) одержимо-гипоманиакальной (профиль XI: $Sch \pm 0, C 0 -$). Неизменной чертой душевной жизни больного является *скачкообразность*, то есть, по-видимому, абсолютно ничем не мотивированные обращения в сексуальной, аффективной и эго-жизни.

Защищают психику больного: 1) *страх*, который может доходить до паники; 2) *бесконтактность*, вплоть до полного ухода в патологический нереальный мир. По-видимому, болезнь началась с одиночества, отсутствия привязанности. Постепенно больной стал реагировать на отсутствие поддержки отвращением к действительности, неудержимыми влечениями, эго-нарушениями и бисексуальностью (по-видимому, это не обошлось без наследственной предрасположенности). Конечно, ужасное влияние факторов окружающего мира тоже сыграло важную роль в появлении болезни; но мы считаем, что решающую роль в направлении судьбы больного сыграли наследственные факторы. Именно они определили выбор *гебоидной* возможности судьбы, в которой как гипоманическое ($C 0 -$), так и аутистически-недисциплинированное ($Sch + -$), как параноидно-инфлятивное ($Sch 0 +$), так и проективное ($Sch 0 -$) Я *калейдоскопически, скачкообразно* сменяют друг друга.

Поэтому велика вероятность того, что врачи-клиницисты увидят в этом случае *манифестную гебфрению* или *гебоидную шизофрению*.

IV. История болезни:

В детстве на ребенка не обращали никакого внимания, родители часто били его. Он постоянно шатался по улицам и воровал. Так как интеллектуально ребенок был очень слаб, после трех начальных классов ему пришлось оставить школу. Из-за воровства им рано заинтересовались исправительные учреждения. Мальчик пытался овладеть профессиями портного, сапожника, каменщика и булочника, но ни в одной из них так и не преуспел. Он продолжал воровать, пока не был направлен на одиннадцать лет в колонию для отбывания принудительных работ. Там он провел шесть лет. После этого его пришлось поместить в больницу из-за появившегося бреда и галлюцинаций. Бредовые идеи носили причудливую природу: «звери подарили ему 30 лет, чтобы он прожил 100 лет». Психически он находится в пубертатном возрасте, хотя на самом деле ему 32 года. Больной действительно обращает особое внимание на свое здоровье, так как желает прожить подаренные ему 100 лет. Чтобы укрепить кровообращение, с 15 лет он спит только на левом боку. В 100 лет он собирается жениться. Тогда он и начнет вести «господскую» жизнь; будет есть гусей и пить шампанское, станет дарить женщинам кольца, будет заниматься боксом, ездить на велосипеде, жениться на красивой женщине. Крестьяне выберут его своим повелителем, в день он будет зарабатывать по 5–6 миллионов... Он будет носить женские панталоны, так как — он считает — мужчина тоже не плох в качестве объекта любви. Он построит на земле 100 миллионов церквей, в каждой из которых устроит на работу по два священника. Все это больной рассказывает, пребывая в гипоманиакальном, веселом настроении. А потом говорит: «Моя левая рука — это женщина, а правая — мужчина»; он может иметь как женщину, так и мужчину, кого только захочет... Хорошо видно желание больного быть двуполом существом. Притязания на метаморфозы, на переход от женского Я ($Sch_{VII} 0 \pm$) к мужскому ($Sch_{IX} \pm 0$), таким образом, подтверждается и в беседе с больным.

Реакция С 0 — подтверждается гипоманиакальной манерой больного разговаривать. Учитывая сцепление пизофренического бреда и галлюцинаций с гипоманией, этот случай клинически был классифицирован как смешанный психоз (маниформная гебефрения).

*

На этом мы завершаем изложение метода края и середины. Заинтересовавшийся читатель найдет в книге «Патология влечений», том 1^й, целый ряд интерпретаций подобного рода; там же более подробно рассматриваются теоретические основы этого метода интерпретации.

* Triebpathologie, Bd. I. Triebanalyse, Fälle 1-4, S. 175-184. Theorie: S. 108-112.

ГЛАВА 19

КОМПЛЕМЕНТАРНЫЙ МЕТОД. АНАЛИЗ «ПРОВОДНИКА» И «СЛЕДОХОДА»

Комплементарный метод представляет из себя *par excellence*^{*} диалектический метод истолкования. Если диалектика в методе края и середины анализируется между маргинальными и центральными стремлениями на одном и том же психическом уровне, то диалектический анализ в комплементарном методе погружается в *такую глубину*, которая позволяет *объемно и наглядно* показать борьбу психических противоположностей.

Как мы уже говорили^{**}, одно из измерений психики мы называем «проводником», который появляется на переднем плане, а другое — «следоходом», который существует на заднем плане. Вместе они образуют целостность психики. Как уже упоминалось, «следоход» представлен в двух формах, а именно в теоретической и в экспериментальной. *Во-первых*, посредством вычитания профиля «проводника» (VGP) из целостного профиля рассчитывается так называемый *теоретический комплементарный профиль* (ThKP)^{***}. Теоретический комплементарный профиль репрезентирует «следохода», действительно существующего в душе, так как только ThKP, сам по себе являющийся отщепленной частью души, дополняет VGP до целостного влечения.

Во-вторых, «следоход» выявляется посредством эмпирического комплементарного профиля (ЕКР). Этот второй профиль мы получаем посредством второй серии выборов из оставшихся 24 фотографий, как мы уже рассказывали при описании эксперимента выборов^{****}.

Интерпретационная работа с комплементарным методом проводится в три фазы.

В *первой* фазе *lege artis* посредством метода края и середины интерпретируются профили переднего плана (VGP) — 8–10 экспериментов.

Во *второй* фазе подобным способом истолковываются теоретические комплементарные профили (ThKP).

Посредством двух этих видов интерпретации выявляется индивидуально вариабельная внутренняя диалектика, бессознательно разыгрывающаяся между побуждениями на переднем плане и побуждениями на заднем плане психики. Мы обращаем внимание читателя на одновременность воздействий «проводника» (VGP) и действительного «следохода» (ThKP), то есть их симультанное проявление в психике.

Именно симультанность проявлений двух областей души и вызывает ту диалектику, которая функционирует в качестве важнейшей движущей силы, пробуждающей

* В подлинном смысле слова (фр.)

** Глава 6 этой книги

*** Глава 6 этой книги. I. Функциональное распределение векторных картин.

**** См. инструкцию № 2 в главе 3.

к жизни психическую динамику. Поэтому было бы неверно предполагать, что между «проводником» (VGP) и его действительным «следоходом» (ThKP) существует некоторый «пробел» в душе. В норме никакой трещины, которая отделяла бы друг от друга эти две половины психической реальности, вообще не существует. *«Проводник» и «следоход» — словно сямские близнецы — связаны друг с другом, только не могут «видеть» друг друга.* И тем не менее, жизнь влечений и сферы Я идут здесь в совершенно противоположных направлениях. По-видимому, это является одной из форм самоуправления. Именно поэтому интерпретатор должен рассматривать профили переднего плана (VGP) и действительного профиля заднего плана (ThKP) *синоптически* (в одновременном сопоставлении), словно бы посредством стереоскопического зрения. Только таким способом можно получить пластическое, объемное видение взаимосвязанных психических процессов — которые, конечно, постоянно стремятся дополнять друг друга. Отношения между VGP и ThKP можно сравнить со сновидением, тогда «проводник» будет соответствовать фасаду, а «следоход» — латентным мыслям сновидения. Конечно, это только метафорическое сравнение. В определенных обстоятельствах психическая сцена влечений и сферы Я может полностью развернуться, причем на месте ThKP появляется VGP, но и тогда — несмотря на происшедшие метаморфозы — две половины души продолжают быть синхронно связанными друг с другом.

В *третьей* фазе комплементарного метода мы только устанавливаем *схожесть* экспериментально полученного комплементарного профиля (ЕКР) с *VGP- и ThKP-профилями*^{*}. Полное истолкование ЕКР-профиля невозможно только потому, что здесь обнаруживаются принудительно навязанные реакции, особенно если в «проводнике» выбирались нулевые реакции или реакции с количественным напряжением. Возможности выбора в экспериментальном комплементарном профиле количественно зависят от того, как много карточек отдельных факторов влечений было выбрано в первом, основном эксперименте, то есть в VGP, и сколько еще осталось для дополнительных выборов. Таблица 11 позволяет получить представление о возможностях выборов в ЕКР с учетом осуществленных выборов в VGP.

Ниже приводится интерпретация данных таблицы.

1. Численные отношения между реакциями выбора в VGP и ЕКР

1. Если И. выбирает в эксперименте переднего плана все *шесть* карточек какого-либо фактора, для комплементарного эксперимента не остается ни одной карточки. Поэтому в соответствующем факторе в ЕКР *неизбежно* появляется *нулевая* реакция.

2. Нулевая реакция будет и в том случае, если И. в VGP выберет *пять* карточек, правда, тогда возможны две альтернативы:

$$\begin{array}{cc} +1 & +0 \\ -0 & \text{или} \\ & -1 \end{array}$$

* ЕКР-профиль можно оценивать как возможность существования. (См приложение.)

Таблица 11. Возможности выборов в экспериментальном комплементарном профиле

В VGP выбирается	В VGP мы обнаруживаем следующие возможности выборов	Для ЕКР остаются	Это позволяет появиться следующим реакциям выбора в ЕКР
6 карточек	+ 6 5 4 3 2 1 0 - 0 1 2 3 4 5 6 Pe +!!! +!! ±! ± ± ₁ -!! -!!!	0	+ 0 - 0 Pe ∅
5	+ 5 4 3 2 1 0 - 0 1 2 3 4 5 Pe +!! +! ± ± -! -!!	1	+ 1 0 - 0 1 Pe ∅ ∅
4	+ 4 3 2 1 0 - 0 1 2 3 4 Pe +! + ± - -!	2	+ 2 1 0 - 0 1 2 Pe + 0 -
3	+ 3 2 1 0 - 0 1 2 3 Pe + + - -	3	+ 3 2 1 0 - 0 1 2 3 Pe + + - -
2	+ 2 1 0 - 0 1 2 Pe + 0 -	4	+ 4 3 2 1 0 - 0 1 2 3 4 Pe +! + ± - -!
1	+ 1 0 - 0 1 Pe 0 0	5	+ 5 4 3 2 1 0 - 0 1 2 3 4 5 Pe +!! +! ± ± -! -!!
0	+ 0 - 0 Pe 0	6	+ 6 5 4 3 2 1 0 - 0 1 2 3 4 5 6 Pe +!!! +!! ±! ± ± ₁ -!! -!!!

Pe — реакция

∅ — вынужденная нулевая реакция

3. Если И. в VGP выбирает *четыре* карточки одного фактора, то для выборов в ЕКР остаются две карточки. Однако на эти две карточки возможны три различных реакции И., а именно: +, 0 или —.

4. Если И. в каком-либо фактора выбирает *три* карточки, то для ЕКР тоже будут оставаться три фотографии, которые позволяют проявиться *двум* реакциям выбора — или +, или —. (При трех карточках невозможны ни нулевые реакции, ни амбивалентные).

5. Если И. на переднем плане в каком-нибудь факторе выбрал *две* карточки, то для ЕКР остаются *четыре* карточки, которые позволяют проявиться трем видам реакций (+, ±, —), а с учетом количественных различий — пяти видам комплементарных реакций: +!; +; ±; —; —!.

6. При выборе *только одной* карточки в основном эксперименте для комплементарного метода остаются *пять* карточек. Они позволяют выбрать опять же три реакции: +, ± и —, а с учетом количественных различий — пять видов реакций (+!!; +!; ±; —!; —!!).

7. Если персона из шести карточек какой-либо факторной категории не выбирает ни одной, то для комплементарного эксперимента остаются все шесть карточек. В этом случае И. может отвечать тремя реакциями (+, ±, -), а с учетом количественных различий — семью видами реакций: +!!!; +!!; ±!; ±; ±; -!!; -!!!.

О наязанных выборах мы, следовательно, можем сказать следующее:

1. Если персона в эксперименте переднего плана выбирает пять или шесть карточек одного и того же фактора, в ЕКР неизбежно появится нулевая реакция. Здесь хорошо заметно принципиальное различие в специфике ЕКР и ТhКР. Теоретически мы должны принять существование на заднем плане негативной или позитивной тенденции даже тогда, когда на переднем плане фигурирует количественно напряженное позитивное (+!!; +!!!) или негативное (-!!; -!!!) стремление. Это полностью согласуется с теорией о существовании структуры целостного влечения. В ЕКР неизбежно должна появиться нулевая реакция на те факторы, на которые на переднем плане количественно пришелся слишком сильный (!! или !!!) выбор.

2. Если в эксперименте переднего плана И. не выбирает ни одной карточки какого-либо фактора, то в ЕКР ему обязательно придется выбрать все шесть. В теоретическом комплементарном профиле мы обозначаем в этом случае двойную тенденцию, то есть плюс-минус реакцию, которая означает, что персона всю потребность с обоими (+ и -) стремлениями удерживает на заднем плане. В таких случаях мы говорим, что если на переднем плане соответствующая потребность манифестно разрядилась, то на заднем плане та же самая потребность реинтегрируется обеими своими тенденциями. В ЕКР персона из шести имеющихся у нее вариантов может предпочесть не только амбивалентную (±)-реакцию, но, как мы показали в вышеприведенной таблице, выдать семь количественно и качественно различающихся реакций: +!!!; +!!; ±!; ±; ±; -!! и -!!!.

То же самое верно и для случая, когда персона выбирает в VGP только одну карточку какого-либо фактора влечений.

Следовательно, ТhКР постоянно должен интерпретироваться чисто функционально, в смысле дополнения VGP до профиля целостного влечения. В этом случае любой переднеплановой нулевой реакции соответствует двойная тенденция на заднем плане. При истолковании ЕКР мы должны считаться как с неизбежной ограниченностью выборов, так и с их вариативностью.

Для чего служит экспериментальный комплементарный выбор, то есть вторая серия выборов из остающихся 24 фотографий? Этот метод служит для сравнения с VGP и ТhКР, а также для установления возможностей существования. Возможны три вариации:

- Продолжение выборов в прежнем направлении (VGP) в эксперименте с дополнительными выборами (ЕКР). Это означает чрезмерную силу тенденций переднего плана и относительную слабость заднеплановых стремлений (в ТhКР). Согласованность VGP и ЕКР позволяет сделать следующий прогноз: задние стремления действительного «следохода» не могут выйти на передний план ни спонтанно, ни в результате искусственно провоцируемого обращения (электрошок, аналитическая терапия и т. д.).

- ЕКР имеет гораздо большее согласование с действительным «слеδοходом», с ThKP, чем с VGP. Это можно интерпретировать так — в будущем на *передней сцене* неожиданно появится действительный «слеδοход» испытуемого как реакция на какой-нибудь внешний или внутренний раздражитель. Искусственно форсированное обращение вращающейся сцены влечений, то есть метаморфозы переднеплановой личности в совершенно противоположном направлении, здесь не исключены и даже вероятны.
- Так называемая *новая ориентация* в ЕКР — реакции выбора не показывают прогностически значимого согласования ни с VGP, ни с ThKP. Персона избирает в дополнительных выборах новый путь для влечений и сферы Я. Или И. осуществляет в ЕКР попытку компромиссного решения, контаминируя реакции VGP и ThKP, или он открывает совершенно *новую* возможность судьбы, новую форму существования.

II. Основные принципы истолкования в комплементарном методе

I. Профиль переднего плана отражает семейные стремления влечений и существования сферы Я, которые обладают большей силой. Частично они будут удовлетворяться, а частично бессознательно к этому стремиться.

II. Теоретический комплементарный профиль показывает действительного «слеδοхода». Этот «слеδοход» является той частью влечений и сферы Я персоны, которая отщеплена и вытеснена на задний план. «Слеδοход» дополняет «проводника» до целостной картины глубинной личности. Только сочетание VGP и ThKP интерпретируется в качестве целостного, интегрального профиля.

III. Экспериментальный комплементарный профиль может оцениваться только в отношениях конкордантности (соответствия) с VGP и ThKP. При работе с ЕКР вместо обычного истолкования профиля мы обращаемся к конкордантному анализу. Данная диагностическая роль ЕКР проявляется, с одной стороны, в установлении силовых отношений между переднеплановыми и заднеплановыми стремлениями, а с другой, — в выявлении возможностей судьбы «слеδοхода». Это происходит при использовании конкордантного анализа ЕКР как относительно VGP, так и относительно ThKP. Прогноз судьбы любого вида терапии, будь это курс лечения сном, воздействие электрошоком или глубинно-психологический анализ, строится на конкордантных отношениях VGP: ThKP: ЕКР. Именно в области психологического прогноза комплементарный метод дает психиатрам и психологам инструмент, с помощью которого с большой вероятностью можно заранее установить, на что можно надеяться при выбранном методе лечения и стоит ли пытаться терапевтически вызывать метаморфозы, учитывая имеющиеся у больного возможности судьбы.

Таблица 12 показывает принципы истолкования четырех способов реакций в трех видах профилей — VGP, ThKP и ЕКР.

Практическая работа с комплементарным методом на некоторых примерах. Анализ эксперимента.

12. Принципы интерпретаций четырех видов реакций в ИСР, ТИР и ЕКР

Вид реакции → Форма профиля ↓	Нулевая реакция	Позитивная реакция	Негативная реакция	Бипотенциальная или амбивалентная реакция
ИСР (профиль переднего плана)	Соответствующая потребность отсутствует на переднем плане: а) потому что была удовлетворена (естественное проявление); б) хотя удовлетворение и не происходит в естественной форме, отсылаются обходные пути (социализация, сублимация, замещение).	Одно из положительных стремлений выходит на передний план, причем сфера Я бесконечно зыблется способствуя этому. А противоположное (негативное) стремление оказывается слабым и пребывает на заднем плане. На переднем плане латентные, личностные позитивные стремления.	Одно из негативных стремлений выходит на передний план, причем сфера Я бесконечно зыблется способствуя этому. А противоположное, позитивное, относится не к заднему фону. На переднем плане латентные, личностные негативные стремления.	а) Оба противоположных стремления какой-либо потребности выходят на передний план (би-тенденция). б) Отношение сферы Я амбивалентно (±).
ТИР (теоретический комплементарный профиль)	Потребность отсутствует на заднем плане, так как обе ее стремления вышли на передний план.	Одно из негативных стремлений выходит на передний план, а противоположное стремление, позитивное, относится на задний план. Латентное, осмысленное позитивное стремление — на заднем плане.	Одно из позитивных стремлений выходит на передний план, а противоположное стремление, негативное, относится на задний план. Латентные, негативные, семейные стремления — на заднем плане.	а) Потребность полностью отсутствует на переднем плане, удерживаясь обоним своими стремлениями из заднего плана. б) Реинтеграция после состоявшегося удовлетворения на переднем плане.
ЕКР (экспериментальный комплементарный профиль)	Следует различать два вида: а) вымученно показываемые нулевые реакции, которые на интерпретируются; б) истинные нулевые реакции, говорящие о семейной предрасположенности к расстройству.	Оценка позитивных или негативных реакций зависит от того, являются ли они новыми ориентациями или обнаруживаются ли соответствия ИСР или ТИР. Соответствие с ИСР означает, что позитивное или негативное стремление не передним плане имеет чрезмерную силу, а согласование с ТИР означает усиление позитивного или негативного реакции на заднем плане.	а) При соответствии с ТИР ±-реакция является указанием на существование сильной би-тенденции у следохода. б) В качестве новой ориентации эта реакция может указывать на компромисс или возникновение новой семейной судьбы.	

Случай 6. Садизм (45-летний фабрикант)

	<i>S</i> <i>h s</i>	<i>P</i> <i>e hy</i>	<i>Sch</i> <i>k p</i>	<i>C</i> <i>d m</i>
А. «проводник» VGP:	+ 0	0 ±	- ±	0 -
В. Действительный «слеδοход» ThKP:	- ±	± 0	+ 0	± +
С. Экспериментальный «слеδοход» ЕКР:	0 +	± 0	± 0	- +

А. Анализ «проводника», VGP

І. Анализ края:

1. На переднем плане обнаруживается *только* инфантильная любовь к персоне (+ *h*); полностью отсутствуют проявления мужской агрессии и активности (0 *s*).

Опасность влечений выявляется только в пространстве контактов: ІІ. психически неустойчив (С 0 -). Но то, каким способом это проявляется, определить на основе VGP невозможно.

ІІ. Анализ середины:

1. У испытуемого отсутствует *этическая* цензура (0 *e*), в области морали он скептик (± *hy*), сомневающийся, нужно ли показывать себя таким, каков он есть (+ *hy*), или лучше скрывать свои качества (- *hy*). Вполне возможно, что у ІІ. существует склонность к сокрушению и причитаниям (Р 0 ±).

2. В сфере Я ІІ. показывает реакции *отчуждения, ревности*, склонность отстраняться от восприятия реального мира. Скорее всего, испытуемый борется (- *k*) со своей оставленностью, а возможно, и с мягким, женским Я-минор (± *p*). Чаще всего это выражается в *презрении к женщинам*. Две амбивалентных реакции середины (± *hy* и ± *p*) говорят о *навязчивом повторении какой-либо деятельности*, о природе которой даст сведения анализ «слеδοхода».

В. Анализ действительного «проводника», ThKP

І. Анализ края:

1. Бросается в глаза *садомазохизм* (± *s*) с одновременным подавлением нежности в любви (- *h*).

2. *Садомазохизм* отличается *инцестуозным* характером (С - +); испытуемый переносит это и на незнакомый для него объект (+ *d*).

ІІ. Анализ середины:

1. Наряду с амбивалентностью в этическом поведении (± *e*), в «слеδοходе» отсутствует моральная (0 *hy*) и духовная цензура (0 *p*).

Доминирует стремление к обладанию, то есть к получению власти над объектами мира (персонами и вещами) (+ *k*), чтобы считать их своим имуществом. Эго-картина *Sch + 0* свидетельствует о том, что И. все еще подвержен использованию детской, эротически и аффективно перегруженной *интроекции*. Стремление к интроекции столь сильно овладевает сферой Я, что испытуемый вынужден постоянно подтверждать и заново разыгрывать интроецированную первичную сцену, примордиальную^{*} потребность. Диагностически наиболее часто картину обладания *Sch + 0* мы находим при перверсиях (*сализм*, *мазохизм*, *фетишизм*, *эксгибиционизм*); она указывает не только на остаточное действие интроекции одного из моментов, пережитых в детстве, но и на расстройство способности посредством сферы Я овладеть сексуальными объектами. Таким образом, следует считать, что у И. нарушена *способность к овладению* сексуальными объектами. Расстройство сферы Я, по-видимому, берет корни в инцестуозных взаимоотношениях с матерью, и позже они в форме *садомазохистической* связи переносятся на внешние объекты.

С. Конкордантный анализ экспериментального комплементарного профиля ЕКР

I. Не обнаруживается согласования ЕКР с VGP.

II. Значительное согласование ЕКР с ThKP:

ThKP	ЕКР
1. $\pm e$	$\pm e$
2. 0 <i>hy</i>	0 <i>hy</i>
3. 0 <i>p</i>	0 <i>p</i>
4. + <i>m</i>	+ <i>m</i>

В четырех из восьми факторов обнаруживается полное согласование. Наряду с этой тотальной конкордантностью мы обнаруживаем частичные согласования, которые могут использоваться для объяснения перверсии испытуемого.

ThKP	ЕКР
5. $\pm s$ = садомазохизм	5. +! <i>s</i> = одобрение сализма
6. $C \pm +$ = перенесенная (+ <i>d</i>) на ранее незнакомый объект инцестуозная любовь	6. $C - +$ = патологическое заикливание на инцестуозной связи с матерью**

Д. История судьбы

Историю 45-летнего фабриканта можно увидеть во всей ее многогранности благодаря проведению трехуровневого анализа.

^{*} Primordial — первоначальный, изначальный (лат)

^{**} В пунктах 5 и 6 мы не говорим о новой ориентации, так как ЕКР уже частично находится в ThKP.

I. На переднем плане (VGP) И. переполнен любовью, по-детски очаровательной ($S + 0$). Он жалуется ($P 0 \pm$) на свое тяжелое положение (семейные обстоятельства и т. д.), на свою пассивность, чувствует себя брошенным, хотя и пытается с этим справиться посредством отрицания и пассивного отчуждения от мира ($Sch - \pm$), становясь психически неустойчивым ($C 0 -$).

II. Анализ действительного «следохода» (ThKP) разоблачает природу неустойчивости И.: он находился с матерью в садомазохистических, инцестуозно окрашенных взаимоотношениях ($\pm s, C - +$), которые теперь переносит с матери на незнакомых женщин ($+ d$). Проявляющееся отчуждение в переднеплановом Я ($Sch - \pm$ в VGP) дополняется патологическим, обладающим Я «следохода» ($Sch + 0$ в ThKP). Из этого мы делаем вывод, что И. является *перверсивным* садомазохистом ($\pm s, Sch + 0$), у которого патологическое отчуждение от реальности вызвано *расстройством способности овладевать объектами* ($Sch + 0$) из-за пережитой в детстве психической травмы и ее специфической интроекции. Мы можем предположить, что речь идет о неспособности обладать матерью.

III. Конкордантный анализ ЕКР выявляет высокую степень согласования экспериментального комплементарного профиля (ЕКР) с действительным «проводником» (ThKP). Более того, эпизодически И. одобряет свои патологические садистические сексуальные побуждения в такой степени ($+! s$), что садизм почти достигает уровня, на котором совершаются убийства на почве полового извращения. Одновременно испытуемый столь сильно инцестуозно «застрял» на матери ($C -! +$), что вряд ли возможно какое-либо изменение в этой сфере. Он будет проживать садистически-инцестуозную навязанную судьбу ($Sch \pm 0, +! s, C -! +$), так как у него отсутствуют моральные и духовные «тормоза» для возможности метаморфоз, для метанойи ($0 hu, 0 p$ в ЕКР).

*

До того, как мы обратимся к сравнению результатов представленного в этом случае стереоскопического комплементарного анализа со сведениями, взятыми из истории болезни, мы расскажем о судьбе жены больного, выявленной тем же методом.

Случай 7. Мазохизм (35-летняя танцовщица)

Следующая таблица показывает реакции выбора женщины на трех уровнях:

	S $h s$	P $e hu$	Sch $k p$	C $d m$
A. «Проводник» VGP:	$+ -$	$+ \pm$	0	$0 +$
B. Действительный «следоход» ThKP:	$- +$	$- 0$	$- \pm$	$\pm -$
C. Экспериментальный «следоход» ЕКР:	$+ +$	$- 0$	$+ -!$	± 0

А. Анализ «проводника», VGP

I. Анализ края:

1. Переднеплановая персона не может интегрировать сексуальные факторы: она одобряет любовь к конкретному человеку (+ *h*), но вытесняет мужскую агрессию (— *s* вместе с *Sch* — 0). Ее психосексуальность приобретает *пассивный, жертвенный, мазохистический* оттенок подчиненности и зависимости.

2. Унифункциональная картина в сфере контактов (*C* 0 +) показывает, насколько сильно жена И. привязана к мужу. Женщина не пытается найти другой объект любви, она полностью зависит от мужа (*S* + —, *C* 0 +).

II. Анализ середины:

Этот вид анализа позволяет избежать односторонности интерпретации.

В сфере Я обнаруживается классическая картина вытеснения: *Sch* — 0. О том, что именно вытесняется, мы догадываемся по реакции — *s*, то есть вытесняется агрессия. Будет ли такое предположение правильным, мы сможем определить при помощи анализа «слеодохода».

У жены И. сохраняется этическая цензура (+ *e*), но сохранность моральной цензуры представляется сомнительной ($\pm$ *hy*). Женщина чрезмерно демонстрирует (+ *hy*) свою доброту (*P* + —).

В. Анализ действительного «слеодохода», ThKP

Этот анализ направлен на обнаружение побуждений жены И., которые были вытеснены переднеплановым Я.

I. Анализ края:

1. Действительным «слеодоходом» жены является садист (+ *s*), подавляющий в себе проявления любви (— *h*).

Хотя жена И. отделена от мужа (— *m*), она тем не менее неуверенно ищет (+ *d*) новый объект, так как женщина сомневается, должна ли она покинуть (*C* — —) мужа, а возможно, и весь реальный мир, или ей следует отправляться на поиски (*C* + —). Таким образом, на заднем фоне брачные отношения поставлены под вопрос (*C* $\pm$ —) и носят черты садизма в отношениях с мужем (*S* — +).

II. Анализ середины (он подтверждает эту гипотезу):

Жена действительно накаливает в себе ярость и ненависть, гнев и мстительность, зависть и ревность по отношению к мужу (*P* — 0), причем без моральной цензуры (0 *hy*).

Эго-картина разоблачает истинный объект ее переднепланового вытеснения: *жена вытесняет принятие своей брошенности и женственности*. Поэтому в VGP обнаруживается вытесняющее Я: *Sch* — 0, а в ThKP — принятие женственности и оставленности (*Sch* + $\pm$).

Одним из правил техники истолкования в комплементарном методе является необходимость определения объектов процесса вытеснения, проявляющегося на переднем плане, в действительном «следоходе». Так как жена вынуждена — вероятно, из-за патологического садизма мужа — вытеснять на переднем плане женственность и оставленность, она отставляет на задний план собственную агрессию (+ s), настроенность на убийство ($P - 0 = \text{«Каин»}$ с синдромом «каинитского» E: - e, - p, - m) и желание бросить мужа ($C + -$ в картине контактов; $C \pm -$).

С. Конкордантный анализ экспериментального комплементарного профиля, ЕКР

Конкордантность:

VGP	ThKP	ЕКР
+ h		+ h
	1. + s	1. + s
	2. - e	2. - e
	3. 0 hy	3. 0 hy
	4. + k	4. + k
	5. $\pm$ d	5. $\pm$ d

Итак, если ЕКР один раз согласуется с «проводником» (+ h), то между ThKP и ЕКР мы встречаем тотальное совпадение в пяти из восьми реакций. Из этого мы делаем вывод, что 1. садизм (+ s), 2. «Каин» (- e), 3. аморальность (0 hy), 4. расстройство интроекции (проявляющееся в неспособности обладать сексуальным объектом: + k), 5. амбивалентность в вопросе инертности или недоверии (уходе от мужа: $\pm$ d) являются у жены необычайно сильными побуждениями влечений и сферы Я, которые могут выйти на передний план. Такой прогностически важный вывод подтверждается патологически проецирующим (-! p) и аутистическим Я (Sch + -!) в ЕКР. Очень велика опасность преступления под воздействием аффектов аутистического, проективного «Каина» ($S - +$; $P - 0$; Sch + -!)

Д. История судьбы испытуемой (комплементарный метод интерпретации)

Испытуемая носит «переднеплановую маску» пассивно преданной, зависимой, услужливой ($S + -$) партнерши, которая привязана к мужу ($C 0 +$) и постоянно вносит на всеобщее обозрение (+ hy) свою доброту ($P + \pm$). Но это только маска, если учитывать вытесняющее Я в VGP (Sch - 0).

Ее более глубоко расположенная, передвинутая вытеснением на задний план половина личности носит черты совершенно иного существования. Заднеплановая экзистенциальная фигура переполнена садистически-каинитской (+ s, - e) настроенностью на убийство, вероятно, из-за наследственной отягощенности и брошенности родителями ($\pm$ p); жена И. имеет слабые моральные устои (0 hy) и непрочные связи с окружающими ($C \pm -$).

С позиции судьбоанализа необходимо допустить, что выбор перверсивного, садистического супруга определялся проецированием в окружающий мир существующей на ее заднем плане садистической фигуры. *Женщина выбрала в супруги садиста, потому что сама в латентной форме носила в себе садистическую, каинитскую фигуру существования.*

Е. Прогноз судьбы

Прогноз судьбы будет в этом случае чрезвычайно неблагоприятен, так как садистическая, каинитская настроенность на убийство намного сильнее, чем передне-плановая, преданная, добрая, привязывающаяся форма существования, которая, по-видимому, служила для жены «фасадом».

Ф. Общая история болезни случаев б и 7

История болезни подтверждает сделанные нами выводы при истолковании теста. Супруги познакомились в одном из ночных ресторанов, где будущая жена работала танцовщицей. Хотя у нее уже был внебрачный ребенок, мужчины проявляли к ней огромный интерес. Будущий муж настолько очаровал ее, что в первую ночь их знакомства она села в его машину, еще толком не зная, кто он. Они выехали из города. В автомобиле мужчина рассказывал о садистских сценах, причем это продолжалось так долго, что женщина потеряла сознание. Когда она очнулась, то оказалось, что она лежит в автомобиле обнаженной. У нее на животе было множество кровавых ран. Несмотря на это — или именно из-за этого — она прожила с этим мужчиной еще две недели. Ночами он так сильно возбуждал ее самыми изощренными садистскими сценами, что она каждый раз падала в обморок. Это было только началом переполненного мучениями брака, который был заключен через несколько лет, так как мужчина был уже женат, а потом их разделила война. Но еще до окончания войны она с риском для жизни прошла через оккупированные границы. Преодолев все трудности, женщина достигла «обетованной» земли, где жил ее любимый. К несчастью, ее задержала полиция, так как у нее не было разрешения на въезд. Ее посадили в тюрьму, откуда ее вызволила мать любимого мужчины, который в то время был за границей. Она привезла танцовщицу в свой дом и заперла ее в одной из комнат, где та чуть не умерла от голода. Только когда вернулся любимый, она была освобождена. Танцовщица сняла комнату в этом городе и стала ждать развода мужчины с его первой женой. Они прожили в браке четыре года. Но их совместная жизнь оказалась даже хуже тюрьмы, так как женщина страдала и от садизма мужа, и от тираннии свекрови.

45-летний муж, очаровательный и довольно успешный фабрикант, все еще находился под деспотической властью матери. Свекровь каждый день приносила домой выручку из фабричной кассы; она должна была получать такие же цветы и подарки, как и супруга сына. Свекровь даже сопровождала сына в свадебном путешествии, останавливаясь рядом, в соседнем номере, и так сильно рыдала по ночам, что супруг — ее сын — был неспособен справляться со своими супружескими обязанностями. Впоследствии мать ходила с ними на все театральные спектакли и концерты. Она не оставляла пару наедине, и если верить испытуемой, всегда должна

была перед половым контактом давать сыну свое разрешение. Муж был настолько послушен матери, жившей на положении вдовы, что в ее присутствии не отваживался поцеловать жену. Все приказы матери исполнялись им сразу и без сопротивления. Друзья мужа рассказывали жене сплетни, что ее супруг совсем незадолго до брака с ней спал в кровати матери, был ее любовником. Поэтому, по словам жены, у мужа было, с одной стороны, безмерное послушание по отношению к матери, а с другой — садомазохистское отношение ко всем женщинам.

Муж оборудовал в спальне камеру пыток, со специальными инструментами и подъемником, с помощью которого поднимал голую жену к потолку. При этом муж заявлял ей, что она его рабыня, что ее жизнь находится в его руках. Он мучил ее жуткими историями, которые намного превосходили фантазии маркиза де Сада. И только когда жена была близка к потере сознания, он опускал ее на пол. Жена узнала, что муж проявлял подобное садомазохистское, перверсивное отношение ко всем женщинам, в том числе и к своей первой супруге. Единственной женщиной, в отношениях с которой он играл мазохистскую роль, была его мать.

После четырех лет брака оба партнера оказались психически больными. Муж из-за садомазохистских отношений с матерью потерял способность работать, перестал спать. В последние годы у жены было истощение нервной системы, так как она уже не могла переносить преследования со стороны свекрови. Да и садистические «игры» мужа стали ей не по силам. К этому добавилось невыносимое отношение мужа к падчерице, ненавидевшей своего отца и обожавшей мать. Из-за всего этого супружеская пара пришла на консультацию к врачу.

*

Психодиагностические выводы из данных, полученных при исследовании этой пары, впечатляющи:

1. У мужа

1. Тестирование «проводника» (VGP) выявляет доминирующие притязания на любовь матери ($S + 0$), которые он может заместить только отчуждением от реальности ($Sch - \pm$) и перверсивным елечением ($S + 0, C 0 -$);

2. Действительный «следоход» (ThKP) показывает садомазохистскую перверсию мужа и ее причину, а именно, интроекцию садистической матери ($Sch + 0$). Интроекция матери, с одной стороны, привела к тому, что он вынужден бессознательно и навязчиво воспроизводить со всеми женщинами садомазохистские отношения, пережитые с матерью, а с другой стороны, — к тому, что он стал неспособным к надежному обладанию женщиной в своем Я ($Sch + 0$), так как в первичной сцене, которую, по-видимому, он *ad hoc* присоединил к сфере Я, скорее всего так никогда и не смог обладать матерью в той форме, в которой этого желал прежде, в эдиповой ситуации;

3. Наконец, экспериментальный комплементарный профиль (ЕКР) четко показывает структуру влечений, а именно повышенный садизм ($S 0 + II$) и его причину: инцестуозную связь с матерью ($C - I +$). То, что у мужа садизм не является случайным явлением, а представляет из себя укоренившуюся модель поведения, доказывают реакции навязчивости в середине ЕКР ($P \pm 0, Sch \pm 0$). Таким образом, муж стал

перверсивным садистом из-за того, что ему ни разу не удалось овладеть матерью, которую он любил и ненавидел. К кругу навязанной судьбы мужа относится и тот факт, что мать уже взрослому сыну засовывала в анус обмотанные ватой спички. Эта манипуляция, с одной стороны, говорит о мужском, садистическом отношении матери к сыну, а с другой стороны, — о пассивно-женственном, мазохистическом отношении сына к матери.

II. У жены

В настоящее время тоже реализуется редкая вариация судьбы, согласно результатам эксперимента. Действительный профиль заднего плана (ThKP) неопровержимо показывает причины выбора такого мужа: на заднем плане она скрывает садистическое ($S +$) существование, которому присущи три инстинктивных составляющих каинитского аффекта [$-e, -(\pm)p, -m$]. Этот синдром мы называем «Каин- или убийца-Е» и истолковываем его как склонность к аффективному убийству, хотя и не используем в качестве доказательства осуществившегося преступления. Именно это «существование каинитского аффекта» вытесняется женой с переднего плана, поэтому опасность аутистическо-недисциплинированного аффективного преступления ($P - 0, Sch + -1$) постоянно существует на заднем плане женщины, мазохистически-послушной на переднем плане.

*

Случаи 6–7 были представлены в качестве примеров того, *каким образом с помощью теста мы можем экспериментально выявлять характер межличностных отношений супругов, коллег и друзей*. Два следующих случая (8 и 9) служат для иллюстрации того, *каким образом комплементарный метод применяется в сериях VGP, ThKP и EKP*.

*

Случай 8. Инфлятивное и проективное параноидное эго-расстройство с эротоманией (30-летняя женщина)

Этот случай мы попытаемся представить так, как это происходило на практике, то есть начнем с полученного нами сообщения от лечащего психиатра.

История болезни: пациентка родом из венгерского семейства, которое живет изолированно, то в городе, то на даче, в своем поместье. Отец происходит из аристократической семьи, в роду которой были профессора и священники высокого ранга. Отец чувствует себя деградировавшим, так как ему навязали профессию коммерсанта; поэтому, несмотря на весь внешний успех, он полностью ушел в себя. Он умер, когда пациентке было 28 лет. Остальные члены семьи, в том числе и прошлые поколения, по-видимому, были «трудными» людьми. Манифестных душевнобольных в роду не было.

30-летняя пациентка заболела из-за первой большой любви в 17 лет, натолкнувшись на категорические запреты родителей. Расстройства пациентки истолковывались родственниками как следствие ее «плохого характера». Чтобы разлучить ее с любимым человеком, пациентку баловали, часто успокаивали ложью. Повышенное чувство справедливости пациентки не позволяло ей терпеть такое отношение, и она реагировала на все агрессией и недоверием. В последние три года девушка проходила сеансы психотерапии в рамках концепции Фрейда; по мнению лечащего врача, безо всякого успеха. Невозможно было устранить возникший перенос на терапевта. Когда терапевт женился, девушку из-за проявившейся агрессии вынуждены были поместить в психиатрическую клинику для прохождения лечения ларгактилом и фенарганом. От этого пациентка здоровой себя не почувствовала. Она все еще продолжает страдать от сильной агрессии (по ее высказываниям, с самого детства), от *тревоги из-за чувства вины и угрызений совести, и прежде всего от боязни оскорбить или обидеть других*. Она скрупулезна и склонна к кверулентности (*проекция*). Пациентку постоянно переполняют мысли, от которых она не может защититься (*инфляция*). У нее существуют *идеи бреда отношений и галлюцинации*, в реальности которых она не совсем уверена. Пациентка ведет себя скованно. По ее словам, у нее часто бывают *абсансы*, правда, не приводящие к полной потере сознания. Пациентка totalmente сексуализирована (*эротомания*).

Соматически обнаруживаются легкая *астма* и *колит*. У пациентки сильное оволосение, даже на лице (небольшие усы). По сообщению гинеколога, эндокринологические и гинекологические исследования убеждают в сохранности женских функций. В настоящее время пациентка много курит.

Эти данные пациентка дополняет следующими фактами: с детства и до сегодняшнего дня она постоянно занимается онанизмом. После того, как она узнала, что ее терапевт женился и ее привезли на клинику домой в поместье, она целый день пролежала в постели онанируя — почти без перерыва, вплоть до полного немощения. В этой *эротоманической фазе*, сопровождавшейся эксцессивным онанизмом, она представляла себя мужчиной, совершающим половой акт, переживая в своей фантазии *лесбийскую радость*.

Объектами галлюцинаций были еда, рождественская елка, музыка; в периоды доминирования идей преследования она слышала насмешки, недоброжелательные разговоры о ней.

Таким образом, в истории болезни представлены:

I. Синдром инфляционного бреда, играющий ведущую роль. 1. эротомания; 2. кверулентия; 3. обращение инфляции в бред преследования.

II. Также мы обнаруживаем проявления пароксизмально-эпилептиформной конституции: 1) астма; 2) абсансы; 3) агрессия с каинитской настроенностью.

Вопрос, на который должен здесь был ответить диагност, был следующим: действительно ли у этой девушки существует параноидная шизофрения на эндогенной основе, или она является только ситуативно душевнобольной?

Далее представлены результаты основного эксперимента.

VGP: таблица напряженности тенденций профиля переднего плана для случая 8

VGP	№	S h s	P e hy	Sch k p	C d m
6.3.57	I	- -	0 ±	+!	0 +
8.3.57	II	- -!	+ -	+ +	0 0
9.3.57	III	- ±	+ -	0 +!	
10.3.57	IV	+ ±	0 -	0 +!!	-! 0
11.3.57	V	- -	+ -	- +!	- +
12.3.57	VI	0 -	+	+!!!	-! 0
13.3.57	VII	0	0 -	- +!!	- +
14.3.57	VIII	0 -	0 -	- +!!!	- 0

А. Анализ «проводника», профилей VGP

1. Анализ края:

1. Наиболее экстремальной сексуальной картиной здесь является реакция $S_{II} - -!$, которая появляется один раз; именно эта реакция доказывает, что сексуальные картины S_I и $S_V - -$ не являются сублимацией и должны интерпретироваться как подавление сексуальности. Следствием такого пресечения любви будет активация агрессии ($-! s$ в S_{II}), которая направляется на свою собственную персону. Речь, следовательно, идет об *активированном саморазрушении*. Эта гипотеза подтверждается последовательностью сексуальных картин — во-первых, реакцией $S_0 -$ в профилях VI, VII и VIII, указывающих на *мазохизм*. Во-вторых, реакцией $\pm s$ в профилях III и IV, свидетельствующих о *садомазохистских* склонностях. Пациентка реагирует на подавление любви *агрессией* как в отношении окружающего мира, так и в отношении самой себя. То обстоятельство, что испытуемая показывает в факторе *h* три типа реакций ($-$, $+$, 0), говорит о чрезвычайно живых и динамичных проявлениях в любви.

2. *Картины контактов* выявляют глубину ее психического расстройства. В качестве диагностических «вех» снова послужат однократно встречающиеся картины контактов: $C_{II} 0 0$ и $C_{III} - -$. Разряженная картина контактов указывает на детскую бесконтактность ($C_0 0 0$) с желанием «сидеть на коленях родителей». Картина контактов $C - -$ является признаком патологического разрыва контактов с реальным миром. К этому присоединяется *повышенная количественная напряженность* в инертности ($-! d$, C_{IV} и C_{VI}), прогностически означающая, что пациентка не склонна добиваться изменений в своем психическом положении. Реакции $C_{IV} v_1 -! 0$, $C_{VI} v_{II} +$, $C_{VIII} - 0$ отражают прошлую *инцестуозную связь с отцом* и *перенос сохранившейся любви на терапевта*.

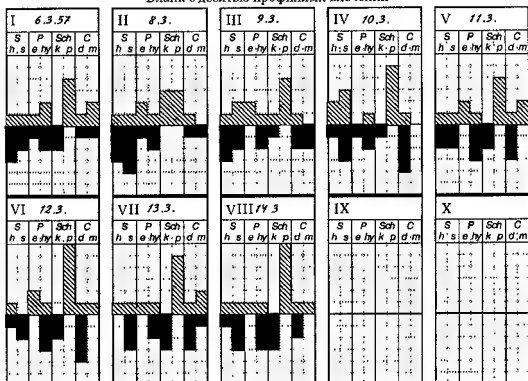
Имя, VGP

Возраст: 30

Профессия: —

ТЕСТ СОНДИ

Бланк с десятью профилями влечений



19...	N ₂	S	P	Sch	C	Σ · Σ · Σ
		h s	e hy	k p	d m	0 ± 0 ±
	I	- -	0 ±	- +/	0 +	
	II	- -/	+ -	+ +	0 0	
	III	- ±	+ -	0 +/	- -	
	IV	+ ±	0 -	0 +/	-/ 0	
	V	- -	+ -	- +/	- +	
	VI	0 -	+ -	- +/	-/ 0	
	VII	0 -	0 -	- +/	- +	
	VIII	0 -	0 -	- +/	- 0	
	IX					
	X					
	Σ 0	3 -	4 -	2 -	2 4	15
	Σ ±	- 2	- 1	- -	- -	3
	TspG	3 2	4 1	2 0	2 4	18
Разн. напр. тен.	S ₂ = 1	P ₂ = 2	Sch ₂ = 2	C ₂ = 2		

1. % Симптомореакций: 28,1%

2. Соотношение показ. напряжен. тенденций: $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{15}{3} = 5$

3. Формула влечений:

Симптоматические	$e_1^0 m_1^0$
Субманифестные и, соотв. сублатентные	$k_3^{-} s_2^{-} / k_2 d_2^{-}$
Коренные факторы	$ky_1^{-} h_0^{-1/11}$

4. Пропорции латентностей:

$$\frac{Phy^{-}}{3} ; \frac{SchA^{+}}{2} ; \frac{Cd^{-}}{2} ; \frac{S_2^{-}}{1}$$

5. Класс влечений: Четырехзначный

6. Количественное напряжение тенденций:

$$\frac{Дур}{Моль} = \frac{\%}{\%} \quad h^{+1} = 13$$

$$\frac{Соц +}{Соц -} = \frac{\%}{\%} \quad d^{-} = 2$$

$$\frac{Соц +}{Соц -} = \frac{\%}{\%} \quad s^{-} = 1/16$$

6. $\frac{Соц +}{Соц -} = \frac{\%}{\%}$ = Индекс соц. %

Рис. 18. Профили влечений инфлятивно- и проективно-параноидных нарушений Я с эротоманией у 30-летней девушки (случай 8)

II. Анализ середины:

1. Один раз проявившаяся реакция аффектов $P_1 0 \pm$ отражает моральные сомнения, склонность сокрушаться и причитать, присущие пациентке. Третьи встречающаяся реакция $P_{IV} VII VIII 0$ — является показателем *сензитивного страха отношений*, о котором врач уже информировал нас. Четыре реакции «Авеля» $P_{II} III V VI +$ — являются признаками *укоров совести, тревоги из-за чувства вины и страха наказания*.

2. *Картинки Я* полностью соответствуют психиатрическому диагнозу (*инфляционный бред*). Во-первых, в восьми экспериментальных картинах испытуемая показывает чрезмерную напряженность общей суммой в 13 баллов (одержимость $+1$ р-реакция), такое количество инфляционной энергии мы встречаем очень редко. Инфляционная опасность у пациентки увеличивается в результате того, что ее оценивающее Я, с одной стороны, одобряет безмерную одержимость, например, в эго-картине $Sch_{II} + +$, а с другой — проверяющая на реалистичность установка может полностью отказывать, что мы видим в $Sch_{III} 0 +!$ и в $Sch_{IV} 0 +!$. Более того, если пациентка пытается отрицать свою одержимость, ей вряд ли поможет отрицание ($-k$), так как сила инфляции достигла столь огромных размеров ($+!!!$ р в Sch_{VI} и $VIII$), что оценивающее Я не способно ее сдержать. Одно то обстоятельство, что *р в сфере Я* постоянно является *позитивным*, то есть *инфлятивным*, с чрезмерной количественной напряженностью, а *k*, наоборот, очень лабильным ($-, +, 0, -$), говорит о сильно выраженном расстройстве Я, которое находит разрядку в *инфляционном бреде*.

В книге «Анализ Я» мы указали следующие проявления инфляционной мании: 1. эротомания; 2. мегаломания (мания величия); 3. кверулятивная мания; 4. религиозная мания. Также там рассматривается теория о том, что инфляционная мания представляет собой одно из серьезных расстройств партиципации (стремления добиваться единения с партнером) и что инфляционной фазе чаще всего предшествуют идеи получения ущерба, идеи преследования и наблюдения.

Как психиатрическое сообщение, так и интерпретация VGP-серии свидетельствуют в пользу гипотезы о том, что пациентка ко времени исследования была одержима *эротоманией* (см. интерпретацию сексуальной и контактной картины). Опасность влечений пациентки определяется таким образом *эротоманией, инфляционным бредом и расстройством контактов* в форме *инцестуозной фиксации* ($C-!0$) на обоих родителях или на одном из них. Именно это расстройство свидетельствует об *активации фиксации пациентки из раннего детства*, фиксации, которую она — на основе наследственной предрасположенности — пытается *эротоманически* перенести как на мужчин, так и на женщин. В соответствии с нашим опытом эротоманическая одержимость всегда имеет *бисексуальную* природу.

Профили переднего плана обрезают в центре *синдром тревоги из-за чувства вины и страха наказания*, от которого инфлятивное Я подпитывается столь же сильно, как от эротомании, которая словно в порочном круге вызывает тревогу и страх. Классические симптомы тревоги из-за чувства вины и страха наказания составляют следующие VGP:

№	<i>e hy</i>	<i>h p</i>	<i>d m</i>
V	+ -	- +!	- +
VI	+ -	- +!	-! 0
VII	0 -	- +!	- +
VIII	0 -	- +!	- 0
Одержимость тревогой из-за чувства вины и страха наказания, вызванные $\longrightarrow$			инцестуозной любовью

ThKP: таблица напряженности тенденций теоретического комплементарного профиля, действительного «слеодохода» для случая 8

<i>ThKP</i>	<i>S</i> <i>h s</i>	<i>P</i> <i>e hy</i>	<i>Sch</i> <i>h p</i>	<i>C</i> <i>d m</i>
I	+ +	$\pm$ 0	+ -!	$\pm$ -
II	+ +!	- +	- -	$\pm$ $\pm$
III	+ 0	- +	$\pm$ -!	+ +
IV	- 0	$\pm$ +	$\pm$ -!	+! $\pm$
V	+ +	- +	+ -!	+ -
VI	$\pm$ +	- +	+ -!	+! $\pm$
VII	$\pm$ +	$\pm$ +	+ -!	+ -
VIII	$\pm$ +	$\pm$ +	+ -!	+ $\pm$

В. Анализ действительного «слеодохода», профилей ThKP

1. Анализ края:

1. Экстремальные сексуальные картины предоставляют нам сведения об опасностях влечений на заднем плане.

$S_{II} + +!$: агрессивность вместе с легированной сексуальностью.

$S_{III} + 0$: инфантильная сексуальность, указывающая, по мнению Вальдера, на какую-либо форму пerversии.

$S_{VI}, VII, VIII \pm +$: бисексуальная любовь ($\pm h$) с мужской агрессией ($S - +$ в $S \pm +$).

$S_{IV} - 0$: было бы неправильным интерпретировать эту сексуальную картину как тенденцию к сублимации, так как тут проявляется инфантильно-пароксизмальное Я беглеца ($Sch_{IV} \pm -!||$) вместе с патологически повышенной готовностью к проекции ($-!||p$). Таким образом, эту сексуальную картину мы должны истолковывать как подавление любви.

Следовательно, заднеплановая готовность пациентки к нормальной сексуальной жизни ($S_{IV} + +$) также не играет значимой роли. Сексуальная жизнь пациентки на заднем фоне имеет инфантильную, агрессивную и бисексуальную природу, иначе говоря, отличается полной незрелостью.

2. Анализ контактов действительного «слеодохода» вскрывает неразрешимые трагические дилеммы в сфере контактов 30-летней женщины:

- а) дилеммы в сфере контактов достигают своего пика в $C_{II} \pm \pm$. Но в пяти из восьми других картин контактов испытуемая также переполнена неуверенностью и сомнениями в пространстве влечения контактов;
- б) $C_{IV, VI} +!$ и $C_{VII} + \pm$; *патологические* поиски объекта любви ($+!$ d), так как отношение к прежнему объекту поддержки (терапевту) стало нестабильным ($\pm m$);
- в) $C_I \pm -$: неуверенные поиски ($\pm d$), после того как испытуемая была брошена ($- m$). Сюда же можно отнести и картину $C_{VIII} + -$;
- г) $C_{III} + +$: говорит о трудностях в сфере контактов пациентки, проявляющихся в билатеральной форме; пациентка ищет новый объект ($+ d$), хотя все еще привязана к прежнему ($+ m$).

II. Анализ середины:

«Проводник» реагирует *каинитически-аутистически-недисциплинированно* на пережитые нарушения контактов с родителями, терапевтом и окружающим миром, мы даже обнаруживаем *психотическую чрезмерность проекции (идеи обвинения и преследования)*.

Профиль	e	hy	k	p	Интерпретация
a) V	-	+	+	-!	аутистический «Каин» с проекциями
VI	-	+	+	-!!!	аутистический «Каин» с проекциями
b) III	-	+	$\pm$	-!	аутистически проецирующий «Каин», стремящийся избежать
c) IV	$\pm$	+	$\pm$	-!!	то же самое, но с угрозами совести ($+ e$)
d) VII	$\pm$	+	+	-!!	проецирующий, аутистический «Каин» с угрозами
VIII	$\pm$	+	+	-!!!	совести ($\pm e$)

На основе анализа действительного «слеодохода» мы можем с определенностью утверждать, что именно *эта опасная форма существования* проникла на передний план, когда испытуемая отреагировала на женитьбу своего терапевта *агрессией, бегством, проекциями, и ее пришлось интернировать. Эта проективная, аутистически-недисциплинированная, каинитская, параноидная половина личности точно также принадлежит к психической структуре испытуемой, как и эротоманическая, одержимая, инфлятивная форма существования, проявляющаяся на переднем плане во время исследования.*

Пары противоположностей

На переднем плане	На заднем плане
1. Мазохизм (-! s)	1. Саизм (+! s)
2. Инцестуозное «прилипание» (-! d)	2. Поисковое поведение (+! d)
3. Тревога из-за чувства вины и страх наказания (+ e, - hy, - k, +! p)	3. Аутистическая, каинитская недисциплинированность (- e, + hy, + k, -! p)
4. Эротоманическая одержимость, инфлятивный паранойд (+ !!! p, S 0 -)	4. Проективный паранойд (-!!! p, s +!)

Эти противоположности являются не фиктивными интерпретационными конструкциями, а полярностями экстремальных форм существования, из которых пациентка проживает один раз эротоманическо-инфлятивное, а другой — агрессивно-каинитское, проективно-паранойдное существование. Обе противоположных возможности судьбы составляют паранойдную судьбу пациентки. Одновременное рассмотрение обеих полярно противоположных половин личности позволяет, таким образом, правильно понять трагическую судьбу пациентки в ее метаморфозах.

ЕКР: таблица напряженности тенденций экспериментального комплементарного профиля для случая 8

ЕКР	S h s	p e hy	Sch k p	C d m
I	- +	- -	+! +	+ -
II	- Ø	+ +	- +	- ±
III	0 -	+ ..	± +	- ±
IV	+ Ø	+! -	-! Ø	Ø -
V	- +	+ 0	- +	0 -
VI	± ±	+ 0	± Ø	Ø -!
VII	± 0	± +	+ Ø	- -
VIII	± 0	± 0	+ Ø	- ±

С. Конкордантный анализ экспериментальных комплементарных профилей (ЕКР)

Результаты анализа конкордантности:

I. Совпадение ЕКР с VGP явно преобладает. Это относится к 1) мазохизму (S 0 -); 2) желанию исправить вину (P + -); 3) тотальному нарциссизму, то есть к желанию все иметь и всем быть (Sch + +); 4) подавлению инфляции (Sch - +!!!) и к 5) полной блокировке контактов, изоляции (C - -).

II. *Совпадение ЕКР с ТhКР* почти такое же, как и с VGP. Конкордантность обнаруживается: 1) в отрицании ($S - 1$) и одобрении ($S + 1$) любви; 2) в исправлении совершенного под воздействием каннитских аффектов ($P \pm +$); 3) в этических сомнениях ($P \pm 0$) и 4) в стремлении искать новый объект ($C + -$).

Таблица конкордантности для случая 8

VGP	ТhКР	ЕКР	Новые ориентации в ЕКР
Сексуальный вектор: $S 0 -$	$S - 0$ $S + 0$	$S - \emptyset$ $S 0 -$ $S + \emptyset$	$S - +$ $S \pm \pm$ $S \pm 0$
Вектор аффектов: $P + -$ (четыре раза)	 $P \pm +$ $P \pm 0$	 $P + -$ $P \pm +$ $P \pm 0$	$P - - \}$ $P + + \}$ $P + ! -$ $P + 0$ (дважды)
Я-вектор $Sch + +$ $Sch - +!!!$		 $Sch - +$	$Sch +! +$ $Sch \pm +$ $Sch -! \emptyset$ $Sch \pm \emptyset$ $Sch + \emptyset$ (дважды)
Вектор контактов: $C - -$	 $C + -$	 $C + -$ $C - -$	 $C - \pm$ $C \emptyset -$ $C \emptyset - 1$

III. Поразительно часто у пациентки обнаруживаются новые ориентации в ЕКР, то есть возможности судьбы, которые уже были в наличии в прошлом, и которые можно ожидать в будущем. Этими новыми возможностями судьбы являются:

1. агрессия с подавлением нежности ($S - +$);
2. бисексуальные побуждения ($S \pm \pm, \pm 0$);
3. скачкообразные обращения паники ($P - -$) в переполненность аффектами ($P + +$), что вскрывает истериформные, гебоидные черты личности пациентки;
4. тревога из-за чувства вины и страх наказания, то есть чрезмерная совесть ($P +! -$);

5. *повышенное стремление к власти посредством обладания* ($Sch +1 +$, $Sch + \emptyset$) с нарциссизмом;
6. *попытка сдерживать эротоманическую инфляцию посредством навязчивости* ($Sch \pm +$, $\pm \emptyset$);
7. *обесценивание всех ценностей вплоть до аутодеструкции* ($Sch -1 \emptyset$);
8. *одиночество* ($-1 m$, $-m$) после того, как привязанность к объекту ($-d$) стала ненадежной.

Д. История судьбы

Здесь представлена история 30-летней женщины, полученная на основе трехмерного стереоскопического анализа. Испытуемая была инцестуозно связана с отцом, причем это выходило за пределы обычных отношений. Отец, считавший свое положение униженным, вскоре полностью ушел в свое горе, дочь — несмотря на сильную инцестуозную привязанность ($C_{VI} -1 \emptyset$), — осталась практически осиротевшей, отрезанной от контактов с внешним миром ($VGP C_{III} -$). Пациентка постоянно жертвовала собой, чуть ли не до мазохизма ($S_{II} - -1$). В своей изолированности девушка стала жертвой эротомании ($VGP +!!! p$), с которой сражалась укорами совести ($VGP P +$).

Затем произошел переход инцестуозной любви на лечащего врача. Испытуемая была захвачена новой любовью и во второй раз в жизни пережила разочарование, когда врач женился. Разочарование ($ThKP: C \pm -$, $\pm \pm$) воздействовало на испытуемую как шок. Ее жизнь влечений и сферы Я обратилась в противоположность, и на сцене жизни неожиданно появилась тень: агрессивная ($ThKP S_{II} +1$) фурия, аутистически и недисциплинированно бушующая в припадках ярости и ненависти, зависти и ревности ($P - +$), с обвинениями окружающих и с ощущением, что ее преследуют ($ThKP -!!! p$). В этот период она была интернирована из-за иррективно-параноидного поведения. Но еще не успели ее выписать из учреждения в сельское поместье, как у нее опять развился инфляционный бред ($VGP: +!!! p$, $-1 s$), испытуемая онанировала до полного изнеможения.

Таким образом, судьба испытуемой колебалась между двумя патологическими формами существования: эротоманическим, мазохистическим, *инфляционным параноидом* и агрессивным, каинитским, аутистическо-недисциплинированным *проектным параноидом*.

Е. Прогноз судьбы

На основе экспериментального комплементарного профиля *прогноз судьбы* неблагоприятен. На будущее мы должны считаться с тем, что истероформная ($EKP: P + +$ и $P - -$), а возможно, и унаследованная *гебоидная* структура личности пациентки будет постоянно вызывать скачкообразные обращения, от мазохизма к агрессии, от авельской, религиозной совестливости до каинитского аутизма, от эротоманиакальной инфляции до патологической проекции, от инертиности до недоверчивых поисков и распушенности. Со временем нимфомания ($EKP: Sch +1 +$; $S - +$; $C + -$) может опять «увести» испытуемую от действительности, после чего

велика опасность того, что пациентка в своем мучительном одиночестве попытается справиться с аутодеструкцией (ЕКР: -1 k) посредством того, что сама лишит себя жизни (VGP: C_{III} --, ЕКР: C_{VII} --).

*Случай 9 (описан К. Керн и А. Бэли): клеттомания
(19-летний гимназист)*

Предыстория: С юности испытуемый с огромным трудом мог адаптироваться. Когда его не интересует тема, он не способен на ней сконцентрироваться. Да и в тех случаях, когда все-таки пробуждается интерес, испытуемый быстро устает, он постоянно рассеян. Подросток не может переносить никаких физических болей — например, при лечении зубов и ушей. Он сильно страдал от воспаления среднего уха, и до 17 лет ему приходилось проводить чуть ли не ежемесячно парацентез. До 4-5 лет это можно было делать только принудительно. Он избегает чистить зубы и защищается от любой возможности их лечения, при этом он ведет себя как маленький ребенок. Да и другие, даже совсем небольшие физические боли (например, чуть-чуть давящие туфли) он не может переносить.

19-летний юноша вообще не владеет собой. Он отличается страшной неряшливостью, раздеваясь по вечерам, разбрасывает свою одежду; не помнит, куда кладет вещи, да и искать их у него нет никакой охоты, причем он не испытывает какого-либо неудобства от того, что часто теряет предметы повседневного обихода. С начала пубертатного периода испытуемый упорно противится самым простым воспитательным воздействиям. Он цинично относится к небольшим наказаниям. Бродяжничает и часто при этом оправдывается наивной ложью. *Когда он упрямится, то начинает вполголоса уговаривать себя;* у него характерное выражение лица упрямого, особенно когда он продолжает настаивать на своем и лжет. Пациент отличается *непунктуальностью*, хотя в школу он, тем не менее, приходил вовремя. Ему явно не хватает выдержки; в 13 лет он начал учиться игре на гитаре, но через несколько недель потерял к ней всякий интерес. Хотел фехтовать, но после того, как испытуемому предложили заниматься этим серьезно, он забросил занятия. Собирался заниматься спортивной греблей, чтобы быть принятым в члены клуба, пациент даже говорил, что часто там бывает, но оказалось, что его там никто не видел. Единственное, что он не забывает делать, это бродяжничать. В 14 лет он захотел получить в подарок велосипед; и хотя испытуемый обрадовался подарку, за велосипедом он не ухаживает. Несмотря на то, что у пациента есть возможность заниматься спортом, чтением, да и просто развлекаться, он все равно скучает. Ему приятнее читать стихотворения, чем длинные романы, эпизодически он может увлекаться научно-популярными книгами.

Он проводит много времени с маленькими детьми, причем хорошо о них заботится. В развлечениях и играх он не способен пережить проигрыш. Он всегда хорошо ладит с девушками, никаких проблем здесь у него не наблюдается. У пациента с начальной школы есть сильно хромающий друг, которого он в последние годы стал часто посещать. Однако крепкая дружба сохраняется у пациента только с товарищем, ставшим концертмейстером, а впоследствии — педагогом. *С давних пор пациент отличается кротостью и мягкостью, агрессии в нем не заметно.* У него есть оружие, но он никогда им не пользуется. В 17 лет он легко и с удовольствием овладел ездой

на мотоцикле и получил права. Испытуемый ездит уверенно, ловко и осторожно. Он всегда хотел иметь подбитую мехом шапку, которую можно натягивать по самые уши (вероятно, для того, чтобы защитить их повышенную чувствительность). Во времена венгерской революции ему удалось-таки раздобыть такую шапку, которую он снял у одного из полицейских. Ему было очень трудно отказаться носить ее, так как обладать подобной шапкой в то время было очень опасно.

При расспросах отца удалось выяснить, что: 1) из-за нескольких, чаще всего довольно крупных краж юноша уже предстал перед судом; 2) он бросил школу незадолго до окончания; 3) слонялся по всей Австрии; 4) у родителей было подозрение, что он встречается с гомосексуалистами.

Результаты исследования семьи юноши: Отец испытуемого был физически самым слабым среди сибсов. Поздно наступил пубертатный период. Трудности в средней школе, особенно с гуманитарными предметами, ленив, медлителен, неряшлив, зато хорошо разбирается в технике. В 20 лет начинает преуспевать при обучении в университете. Интересуется всеми естественными науками, становится дипломированным инженером. С 20 до 22 лет он восхищался своим отцом (дедушкой испытуемого), позднее в отношениях обнаружились постоянные конфликты. Если у отца есть интерес, то работа у него хорошо ладится, если же интерес мал, то он не способен к устойчивой деятельности. С людьми сходится с большим трудом.

Дедушка с отцовской стороны: зубной врач, пользующийся большим успехом. Необычайно активный, был полон сил до самой глубокой старости. Хороший отец семейства. Склонен к фантастическим проектам в экономической жизни, легкомыслен, расточителен. Здоров. Умер в 86 лет из-за несчастного случая.

Бабушка с отцовской стороны: отличалась наивностью и полностью ограничилась ролью матери семейства. Флегматична, иногда депрессивна, хотя и любила всякие безделушки. Умерла в 56 лет от болезни сердца.

Сибсы отца: 1) сводный брат, интеллигентный, циничный, хотя и добродушный; отличается хорошим здоровьем, хирург; 2) сводный брат, близнец первого; очень интеллигентный, с хорошим чувством юмора, зубной врач, здоровый; умер в 1944 г. в концентрационном лагере; 3) сестра, слишком тщеславна, полностью ориентирована на реальность; здорова; 4) брат, невротически страдавший с самого детства, ипохондрик, очень избалован; необычайно высокий интеллект, он первоклассный зубной врач, полностью отдающийся импульсивной, ничем не сдерживаемой сексуальности.

Мать испытуемого была вторым по счету ребенком в семье. Еще маленькой девочкой она была очень дикой, агрессивной, играла роль защитницы брата. В школе делала большие успехи. Многосторонние интересы, но никакого таланта. Поразительно много читает. Должна обо всем составить свое собственное мнение; учит языки и историю искусств. Единственный ее ребенок — наш испытуемый — рожден во втором браке. Она преодолевает свой страх перед родами и желает еще рожать, но испытуемый так и остается ее единственным ребенком, так как оба родителя сильно тревожатся за свое будущее из-за войны и власти нацистов. Ласковой мамой эту женщину не назовешь. Ее воспитывали так, чтобы она скрывала свои чувства. Да это и без того полностью соответствует ее природе. Поэтому испытуемый с самого детства был больше ориентирован на отца. Мать очень активна, энергична, всегда пытается абсолютно все делать правильно.

Дедушка с материнской стороны: успешный банкир. Склонность к неврозам, но здоров. Иногда становится очень вспыльчив, тщеславен, стремится всюду утвердиться. Очень хорош в роли отца семейства, балует жену и детей. *Вместе со своей женой в 61 год покончил с жизнью из-за возбужденного против него по ошибке судебного процесса.*

Бабушка с материнской стороны: «образцовый ребенок», обязательная и педантичная. *Всегда трезва и сдержанна, никогда не проявляет своих чувств.* Придает большое значение внешней форме, причем без особенной суеты. Строгая и спрavedливая мать семейства, родила двух детей, больше любила дочь. Совершенно здорова. Совершила суицид вместе со своим супругом в 50 лет. Решение об этом приняла именно она. *Два ее брата тоже совершили суицид.*

Брат матери: запоздалое физическое развитие. Походка и движения до самой середины жизни отличались поразительной неловкостью. Удивительно высокий интеллект, необычайная память, особенно в области гуманитарных наук, огромный словарный запас. *Ипохондрик.* Получил степень доктора наук в области экономики, превосходно владеет четырьмя языками. *Профессионально ни в какой области себя не проявил.* В конце концов отцу пришлось взять сына в свое дело. Брат матери тоже был осужден в судебном процессе по делу отца. Издавна сексуальный интерес у него вызывают только *продажные женщины.* Не зная того, он женился на бывшей проститутке, не по любви, а из-за денег. Вскоре он развелся. Хотя внешне он кажется довольно уравновешенным, он решает пройти курс психоанализа. Посредством психоаналитического лечения надеется устранить неудачи в практической жизни. За время анализа, продолжавшегося десять месяцев, ничего особенного с ним не произошло. *Безо всяких предшествующих симптомов, совершенно внезапно — после посещения кино — на улице у него произошел взрыв ярости — он напал на своего друга. После этого, его привезли в психиатрическую больницу. Через 48 часов консилиум профессором установил, что у больного начался острый приступ шизофрении.* Он умер в возрасте 32 лет от острой шизофрении, ранее не имея никаких других, кроме только что описанных, симптомов.

У испытуемого нет сибсов. Кузина и два кузена с отцовской стороны здоровы.

А. Анализ «проводника», профилей VGP

1. Анализ края:

Степень, на которой в своем *сексуальном развитии* остается зафиксированным 19-летний гимназист, характеризуется следующими необычными сексуальными картинками:

1. $S_{III, IV, VII} + 0$: это хорошо известная инфантильная картина, которая у испытуемых, прошедших пубертатный период, является показателем полиморфно-перверсивной предрасположенности, и прежде всего характеризует уголовных преступников*.
2. $S_{IX} 0 + I$: является еще одним признаком, позволяющим допустить существование у испытуемого *перверсивного садизма*.

* Walder, H.: Triebstruktur und Kriminalität. Fall 9, S. 42.

VGP: таблица напряженности влечений к профилям переднего плана для случая 9

VGP	S h s	P e hy	Sch k p	C d m
I	0 0	+ -	-! +	0 ±
II	0 0	+ ~!	± 0	- +
III	+ 0	- -	- -	± +
IV	+ 0	± -	± ₁ +	+ 0
V	+ +	0 -	± ₁ +	+ 0
VI	0 0	+ ±!	- 0	± +
VII	+ 0	- ±	± -	0 +
VIII	+ +	0 ±	- -	0 +
IX	0 +!	- ±	- -	0 +
X	+ +	- -	- -	± +

3. $S_{I, II, VI}: 0\ 0$ -реакции могут интерпретироваться с одной стороны как показатели детской сексуальности, а с другой — как указания на относительно частый онанизм.

Наряду с такими важными сексуальными картинами легированная сексуальная картина $S_{V, VIII, X} + +$ указывает на уже достигнутую интеграцию сексуальных факторов; но по результатам тестирования видно, что интеграция постоянно прерывается инфантильными, полиморфно-перверсивными, садистическими побуждениями. Таким образом, сплавление в пространстве сексуальности еще не стало стабильным.

Несмотря на впечатление, что в жизни контактов этот юноша достиг соответствующей его возрасту ступени зрелости с привязанностью к незнакомому прежде объекту: $C_{VII, VIII, IX} 0 +$, эта картина тоже постоянно прерывается инфантильными, инцестуозно окрашенными побуждениями контактов, например:

- $C_{II} - +$: это классическая форма инцестуозной связи.
- $C_{III, V, X} ± +$: инцестуозная связь ($C - +$) с тенденцией к поискам нового объекта ($+ d$), так как инцестуозная связь не удалась. Это подтверждается следующей картиной контактов:
- $C_I 0 ±$: испытуемый живет в несчастливых отношениях с родителями, а поэтому
- $C_{IV, V} + 0$: он ищет другой объект.

II. Анализ середины:

1. *Аффективная жизнь* 19-летнего гимназиста полна моральных сомнений ($\pm hu$): должен ли он проявлять себя таким, каким является на заднем плане, или же необходимо это скрывать?

- а) $P_{VI} \pm \pm$: лицемерное, двуличное ($\pm hu$) желание загладить вину ($P + -$);
- б) $P_{VII, IX} - \pm$: скрывание ($- hu$) своих грубых каинитских аффектов ($P - +$);
- в) $P_{II} + -!$: опять является признаком использования *техники скрывания* ($-!$), с лицемерием и притворством ($- e$);
- г) $P_{IV} \pm -$: отражает картину «нравственного скептика» ($\pm e$), пытающего это скрыть ($- hu$);
- д) $P_{IV} x - -$: доказывает, что юноша действительно скрывает ($- hu$) свои каинитские грубые аффекты, и поэтому оказывается в состоянии панического страха;
- е) $P_V 0 -$: представляет собой страх отношений у человека, чувствующего, что за ним наблюдают окружающие люди (параноидная аффективная жизнь)

2. *Анализ сферы Я «проводника»* подтверждает предположение о том, что испытуемый совершает криминальные проступки в результате *внутреннего принуждения*. Мы уже упоминали о моральном сомнении ($\pm hu$) и навязчивости в поисках ($\pm d$). Теперь мы обнаруживаем у испытуемого навязчивое отношение ($\pm k$) и в эгоидной установке к крайним проблемам, проявляющееся четыре раза в десяти профилях:

- а) $Sch_{II} \pm 0$; $Sch_{IV, V} \pm \pm -$. В последней эго-картине сила отрицания ($-! k$) сказывается не только в деструктивной направленности против себя и общества, но и в невозможности использовать эго-картину $Sch \pm +$ в нормальном направлении хорошо работающего Я из-за чрезмерного количества фактора k .
- б) $Sch_{VII} \pm -$: обнаруживает *реакцию бегства*, материал проекций приписывается родителям ($- p$).

С учётом навязчивой структуры личности испытуемого мы делаем вывод, что *воровство совершается им принудительно*, он не способен сопротивляться этому. Будет справедливо назвать такое воровство *клептоманией*, так как в ее основе лежит навязанность. Но наиболее глубокие и бессознательные причины его навязчивой клептомании мы обнаруживаем в *аутодеструкции*, в *самосаботаже*. Психодиагностические признаки правильности этой гипотезы:

- а) $Sch_{-I} - \pm$: *аутодеструкция* ($-! k$) с *инфляцией* ($+ p$);
- б) $Sch_{IV, V} \pm \pm +$: *аутодеструкция* ($-! k$) со стремлением всем быть и все иметь ($Sch + +$).

Таким образом, анализ сферы Я позволяет выявить: 1) *навязчивую натуру*, 2) *тенденцию к саморазрушению*, 3) *нарцисстическую инфляцию* и 4) *притязания у юноши-клептомана на власть посредством бытия и обладания*. Поскольку его Я не справляется с такими патологическими расстройками, становится понятным, почему все его попытки приспособиться, $Sch_{III, IX} x - -$, как и вытеснение, $Sch_{VI} - 0$ не могут предотвратить беспризорность испытуемого.

Если мы рассмотрим середину во всей ее целостности, то есть векторы *P* и *Sch* совместно, то еще больше становится заметной патологическая природа этого подростка. Реакции середины свидетельствуют о следующих особенностях испытуемого:

1. Анти- или асоциальность:

Профиль	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	Интерпретация
III	—	—			} Негативная, асоциальная середина
X	—	—	—		
IX	—	±	—	—	Экзгибиционизм (+ <i>hy</i>)

2. Навязчивый характер:

Профиль	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	Интерпретация
IV	±	—	± ₁	+	Навязчивая середина и сомнения с деструкцией
VII	—	±	±	—	«Каин», скептик

3. Самосаботаж, аутодеструкция из-за чувства вины и страха наказания:

Профиль	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	Интерпретация
I	+	—	—!	+	Испытуемый причиняет себе вред из-за чувства вины и страха наказания (—! <i>k</i>)
II	+	!	±	0	Навязчивость и лживость (—! <i>hy</i>)

Таким образом, мы можем сделать следующие выводы из анализа «проводника»:

- юноша является асоциальным клептоманом;
- его воровство вызывается внутренним принуждением;
- бессознательно, посредством каинитской агрессии, он «должен» разрушать самого себя, свою семью и свое окружение;
- следует обратить особое внимание на симптом 0 *s* и 0 *d* в профилях I и VII, то есть на одновременную разрядку агрессии (0 *s*) и поиск значимых объектов в окружающем мире (0 *d*), который — как и другой симптом 0 *e* с 0 *d* (профиль VIII) — характерен для воров.

Анализ «слеодохода» может показать, какие именно семейно унаследованные и персонально приобретенные обстоятельства принуждают юношу к этому виду аутодеструкции.

В. Анализ действительного «следахода», профилей ThKP

Таблица напряженности влечений теоретического комплементарного профиля для случая 9

<i>ThKP</i>	<i>S</i> <i>h s</i>	<i>P</i> <i>e hy</i>	<i>Sch</i> <i>h p</i>	<i>C</i> <i>d m</i>
I	± ±	+	+! -	± 0
II	± ±	- +!	0 ±	+ -
III	- ±	+ +	+ +	0 -
IV	- -	0 +	0 -	- ±
V	- +	± +	0 -	- ±
VI	± ±	- 0	+ ±	0 -
VII	- ±	+ 0	0 +	± -
VIII	- -	± 0	+ +	± -
IX	± -!	+ 0	+ +	± -
X	- -	+ +	+ +	0 -

1. Анализ края:

1. *Сексуальный вектор* явно говорит о выраженной бисексуальной заднеплановой структуре, скорее всего объясняющейся незрелостью испытуемого.

- а) $S_{I, II, VI} \pm \pm$: бисексуальность, сопровождающаяся сомнениями, должен ли он лелеять мужские или женские притязания ($S + -$).
- б) $S_{III, IV} - \pm$: делает заметной его инфантильную садомазохистскую ($\pm s$) перверсию, а также *запрет на проявление любви и нежности* ($- h$) — вероятно, из-за разочарований, пережитых в отношениях с матерью.
- в) $S_{IX} \pm -!$: показывает такую же амбивалентность в сексе, только здесь прежде всего подчеркивается амбивалентность в любви ($\pm h$), и особенно *мазохистическая жертвенность* ($-! s$).

Мы делаем из этого вывод, что на заднем плане юноша предается бисексуальным, садомазохистским и мазохистским побуждениям инфантильной природы, которые — если бы он попытался удовлетворять их в действительности — наверняка стоили бы ему много денег. Теперь нам становятся понятными как навязчивое воровство, так и побуждение разрушать себя и родителей ($-! s, \pm s$). Конечно, в возникновении этой заднеплановой сексуальной структуры наряду с наследственностью немаловажную роль играют пережитые разочарования.

2. В векторе контактов:

- а) $S_{III, VI, X} 0 -$: показывает заднеплановую *предрасположенность* испытуемого к *распущенности и одержимости патологическими страстями*.

- б) $C_{VII, VIII, IX} \pm -$: мы истолковываем как предварительную фазу неустойчивости и одержимости патологическими страстями, так как за $C \pm -$ чаще всего следует $C 0 -$. С другой стороны, $\pm d$ и $\pm m$ -реакции опять же выявляют навязчиво амбивалентный, ненадежный способ привязанности и поиска объектов, которые в конце концов и приводят к неустойчивости и одержимости патологическими страстями, так как Я испытуемого слишком слабо для того, чтобы принять в себя и интегрировать дилеммы на краю ($h \pm, s \pm, d \pm, m \pm$).

II. Анализ середины:

1. «Следоход» разоблачает тяжелую каинитскую натуру испытуемого. Юноша столь сильно заряжен яростью и ненавистью, гневом и мстительностью, завистью и ревностью, что только путем преступления ему удается отреагировать свои грубые аффекты:

- а) $P_{I-} +$
 $P_{II-} +!$ } «Каин», который должен выносить себя на всеобщее обозрение;
- б) $P_{IV} 0 +:$
 $P_{VII, IX} + 0$ } Зеркальные обращения в жизни аффектов, которые, с одной стороны, указывают на *стремление к эксгибиционизму* ($P_{IV} 0 +$), а с другой — на *малодушную фобию* человека, расщепленного в своей аффективной жизни;
- в) $P_{VI} - 0$: накопление грубых аффектов ($-e$) без всякой моральной цензуры ($0 hu$);
- г) $P_{III, X} + +:$ открывает *истериформное* отреагирование аффектов испытуемым;
- д) то обстоятельство, что в факторе e на заднем плане юноша показал все *четыре* модуса реакций: $-$, $+$, $\pm$, 0 , подтверждает наше мнение о сильно выраженной *пароксизмальной природе его аффектов*, которая является, на наш взгляд, наиболее частой аффективной основой *клетомании* и которая, как хорошо известно, считается психическим эквивалентом эпилепсии. Эпилептиформная, каинитская структура «следохода» обнаруживается и в так называемом синдроме *Е убийцы или «Каина»* с настроенностью на убийство.

Профиль	e	p	m	Истолкование
II, VI	$-$	$\pm$	$-$	$- e$: накапливание каинитских притязаний
V	$\pm$	$-$	$\pm$	$\pm p$: брошенность
				$- p$: приписывание вины другим
				$\pm i - m$: несчастливость и отсталость

2. Анализ сферы Я является решающим при оценивании цензуры середины:

- а) *проективно-параноидное расстройство Я* на заднем плане: $Sch_{IV, V} 0 -$;
- б) *инфляционное-параноидное расстройство* $Sch_{VII} 0 +$;

- в) *одновременное проективное и инфлятивное расстройство Я: Sch_{II} 0 ±*, которое указывает на существующую заднеплановую оставленность и женственность;
- г) *патологически завышенное аутистическо-недисциплинированное Я: Sch_I +! -*, которое хотело бы удовлетворять все свои притязания (- р) посредством приобретения и обладания (+! k) -, никак не соотносясь с реальностью,
- д) *нарцисстическое, эгоистическое стремление все иметь и всем быть: Sch_{III, VII, IX, X} + +*.

Эти пять видов реакций Я позволяют считать, что юноша — точно так же, как и его дядя со стороны матери (см. историю семьи), — носит в себе скрытую предрасположенность к параноидной шизофрении.

Накопленный нами опыт, говорящий, что профили ThKP чаще всего показывают опасные унаследованные семейные фигуры, то есть особую генетическую природу испытуемого, подтверждается в этом случае. Поэтому мы должны всегда стараться сравнить генеалогическое древо с действительным «следаходом», так как чаще всего он ведет свое происхождение от семейного бессознательного, в котором находятся «фигуры предков».

Sch_{VI} + ± означает *принятие женственности, вытесняемой «проводником» (Sch - 0)*. Такое Я на заднем плане должно истолковываться двойко. Во-первых, оно означает, что юноша хотел бы принять свою женственность, но она вытесняется «проводником» и перемещается на задний план. Это полностью соответствует нашей интерпретации сексуальных картин. Во-вторых, как учит опыт, эго-картина Sch + ± на заднем плане у представителей обоих полов выявляет вытесненный материнский комплекс. Такое истолкование полностью подтвердилось в случае нашего испытуемого.

С. Конкордантный анализ экспериментального комплементарного профиля, ЕКР

ЕКР	S h s	P e hy	Sch k p	C d m
I	-! +!	0 -	∅ -	+! ∅
II	± ± _I	- ∅	∅ ±	+ 0
III	+ ±	- ±	0 +	+ 0
IV	+ ±!	0 +	∅ -	-! ±
V	+ -	- +	∅ -	- +!
VI	+ ±	- ∅	+ ±	+ -
VII	- -!	+ ∅	∅ ±	± -
VIII	- -	± ∅	+ ±	+ 0
IX	+ 0	0 -	± -	± +
X	+ -	+ +	± -	0 +

Таблица напряженности тенденций экспериментального комплементарного профиля для случая 9

Для установления согласований приводится следующая таблица конкордантности:

Таблица конкордантности к случаю 9

«Проводник» VGP	Действительный «слеδοход» ThKP	Экспериментальный «слеδοход» ЕКР	Новые ориентации в профилях ЕКР
Сексуальный вектор:	$S \pm \pm$ S	$S \pm \pm$ S $S - 0$	$S - ! + !$ $S \pm \pm !$ $S + \pm !, S - \pm$ $S + -$ $S - - !$
Вектор аффектов: $P 0$ $P - \pm$	$P 0 +$ $P +$ $P + 0$ $P \pm 0$ $P + +$	$P 0 -$ $P \pm$ $P 0 +$ $P - +$ $P + \emptyset$ $P \pm \emptyset$ $P + +$	$P - \emptyset$
Я-вектор $Sch \pm -$	$Sch 0 -$ $Sch 0 \pm$ $Sch + +$	$Sch \emptyset$ $Sch \emptyset +$ $Sch + +$ $Sch \pm -$	
Вектор контактов: $C + 0$ $C +$ $C \pm +$ $C 0 +$	$C - \pm$ $C +$ $C \pm -$	$C + 0$ $C +$ $C \pm$ $C \pm +$ $C 0 +$	$C + ! \emptyset$ $C - ! \pm$ $C - + !$

Сравнительное исследование согласования трех видов серий профилей (VGP, ThKP, ЕКР) позволяет сделать следующие выводы:

I. Мы должны считаться с тем, что в будущем с юношей могут произойти существенные изменения, и прежде всего в сексуальной жизни.

1. Могут опасно накапливаться $(-! +!)$ (новая ориентация) садистические тенденции, в то время как гетеросексуальная любовь будет вытесняться $(-! h)$. Становится возможным садистическо-перверсивное развитие $(S - ! + !; S - + !; S + \pm !, \text{ новая ориентация})$.

2. Могут манифестироваться *бисексуальные тенденции* ($S + \pm, + \pm 1$) с оттенками садизма и мазохизма. Прогноз относительно дальнейшего сексуального развития юноши *неблагоприятен*.

II. Согласование между действительным и экспериментальным «следоходами» оказывается большим, чем с «проводником», причем как в аффектах, так и в жизни Я и контактах. Прогностически особое значение имеет следующая конкордантность:

В аффективной жизни: 1) тенденция показывать притязания «Каина» ($P 0 +, - +$); 2) погружаться в переживание аффектов ($P + +$); 3) переживать этические дилеммы и иеуверенность ($P \pm 0$); 4) полностью впадать в фобическое состояние ($P + 0$).

В настоящее время следующие аффективные реакции «проводника» являются столь сильными, что их нужно ожидать и в будущем: 1) *параноидный, сензитивный страх отношений* ($P 0 -$); 2) скрывание каннитских побуждений ($P - \pm$).

В жизни сферы Я: 1) в будущем будут манифестироваться *проекции* (приписывание другим людям вины за то, что они наносят ущерб, и т.д.), а именно:

- а) частично в форме тотальной проекции ($Sch \emptyset -$);
- б) частично в инфлятивной проекции ($Sch \emptyset \pm$), которая, с одной стороны, ставит на передний план свою оставленность, а с другой — пассивно-женское Я, подталкивая таким образом юношу к опасности гомосексуальной инверсии;
- в) проявления бегства, которые уже заявляли о себе как на переднем плане тестового профиля, так и в предыдущей жизни юноши, могут тоже повторяться в будущем.

Прогноз в отношении функций Я необычайно неблагоприятен. Не исключена параноидизация картины болезни.

В жизни контактов: 1) вполне возможно, что в будущем парадоксальность его отношений к семье и значимым объектам в окружающем мире увеличится. С одной стороны, у испытуемого может обнаружиться патологическое повышение потребности в поиске ценных объектов (новая ориентация: $C + 1 \emptyset$), а с другой стороны, может сильнее манифестироваться тенденция фиксации на инцестуозной связи (новая ориентация: $C - 1 \pm$ и $C - + 1$); 2) зеркальное обращение поиска ($VGP C + 0$, $EKP C + 0$) в абсолютную привязанность ($VGP 0 +$, $EKP 0 +$) подтверждает прогноз *возможного процесса расщепления* пиззоформной или гебондной природы. Тем более что в ThKP и EKP обнаруживается еще и другой вид сверхсогласованного обращения: реакция $C - \pm$ (ThKP) обращается в $C \pm -$, то есть несчастливая инцестуозная связь ($C - \pm$) превращается в неуверенность при поисках нового объекта поддержки. В качестве промежуточной фазы процесса обращения мы рассматриваем сверхсогласующую реакцию $VGP: C \pm +$ и $EKP: C \pm +$, в которой инцестуозная связь сопровождается амбивалентностью в поисках ($\pm d$).

Именно парадоксальность и готовность к обращению делают неблагоприятным прогноз в пространстве контактов.

Д. История судьбы

История 19-летнего гимназиста на основе пластичного трехуровневого анализа.

I. На краю жизни влечений юноша показывает тяжелые задержки развития: 1) зеркальные обращения любви ($S + 0$) в агрессию ($S0 + 1$); 2) обращения инцестуозной связи ($C - +$ и $C0 +$) в попытки отделиться и перейти к свободному поиску значимых объектов ($C + 0$). Середина на переднем плане отличается асоциальностью ($-e, -hu, -k, -p$), сильной деструктивностью ($-!k$) и навязчивостью ($\pm k$). Навязчивость испытуемого проявляется в воровстве ($0s, 0d$ или $0e, 0d$).

II. На заднем фоне находится бисексуальная, садистическая и мазохистическая фигура, которая желает отделиться от ненавистных родителей ($-m$), но после освобождения становится амбивалентной и неуверенной в поисках новых объектов. Эта фигура угрожает судьбе юноши едва ли не больше, чем «проводник», так как эта фигура предков наделена судьбой аутистического ($Sch + 1 -$), проективного ($Sch 0 -$) и инфлятивного ($Sch 0 +$) параноика, который в своем нарциссическом заболевании (депрессивная шизофрения или гебефрения) стремится всем быть и всем обладать.

При сравнительном анализе «проводника» с действительным «следоходом» трудно избавиться от предположения, что юноша должен повторить навязчивую судьбу своего дяди с материнской стороны, который после ареста из-за недозволенных манипуляций иностранной валютой неожиданно заболел паранойяльной шизофренией. Другой навязанной возможностью для судьбы юноши является саморазрушение, самоубийство ($VGP: Sch - +, ThKP_{IV}, \sqrt{0k}, -p, -d, \pm m$), то есть повторение судьбы дедушки и бабушки с материнской стороны, которые вместе покончили с жизнью.

III. Конкордантный анализ во всех четырех областях жизни влечений и сферы Я позволяет сделать максимально неблагоприятный прогноз, который прежде всего обуславливается двумя характеристиками психической структуры испытуемого:

- Обращение личности привело бы к еще худшему состоянию. Действительным «следоходом» является параноидно-инфлятивный, аутистический шизофреник. Поэтому вряд ли будет показана какая-либо обычная терапия обращения (например, инсулиновая, электрошоковая или психошоковая).
- Единственно возможная терапия, интеграционная, тоже не имеет шансов на успех, так как середина профиля испытуемого в VGP негативна, то есть асоциальна, в ThKP обнаруживается каинитская, аутистическая форма, а в EKP тоже скорее пароксизмальная, каинитская, навязчиво вырывающаяся натура.

Таким образом, прогноз в этом случае необычайно неблагоприятен. В качестве попытки лечения мы посоветовали родителям психоаналитическую коррекцию дефектов воспитания и полное переформирование отношений в семье. Но сомнительно, чтобы у юноши можно было восстановить первичное доверие к родителям.

*

В «Патологии влечений» (том I, «Анализ влечений») читатель встретит другие описания и интерпретации применения комплементарного метода – случаи 12–15, а в томе II («Анализ Я») стоит обратить внимание на случаи 1 и 49.

РАЗДЕЛ VIII

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ИСТОЛКОВАНИЯ

Общей чертой обсуждавшихся ранее качественных методов было то, что истолкователь теста должен был интерпретировать результаты профиля выборов прежде всего на основе *глубинно-психологических* знаний, посредством *эмпатии* и оценки динамических явлений в жизни влечений и сферы Я у испытуемого. То есть, чем надежнее глубинно-психологический стиль мышления и чем сильнее у психолога способность вчувствоваться в процесс выбора, тем выше окажется шанс на правильную интерпретацию *невидимых процессов* в душе испытуемого. Таким образом, интерпретационную работу психолога можно сравнить с психоаналитической деятельностью терапевта. Когда истолкователю теста будет недоставать глубинно-психологического стиля мышления и способности к эмпатии, он будет часто терпеть неудачи. То, что неудачники постараются спихнуть свои личные провалы на конструкцию теста, является самой обычной человеческой реакцией у психологов, не прошедших личный анализ. Поэтому нужно воспринимать это с пониманием и толерантностью. Ни в коем случае не следует добиваться от каждого психолога прохождения анализа в качестве неперемного условия для использования нашего теста. Мы с самого начала осознавали необходимость того, что истолкованием результатов должны заниматься и психологи, не разделяющие идеи психоаналитической концепции, *несмотря на то, что в принципе наш тест стоит на глубинно-психологическом фундаменте*. Но, конечно, невозможно интерпретировать профили, пользуясь чисто академической психологией сознания, так как структура теста имеет глубинно-психологическую природу.

Поэтому возникла необходимость создания так называемых *количественных* методов истолкования, опирающихся на эмпирическую базу данных. При работе с этими методами можно интерпретировать получаемые результаты посредством подсчета *определенных выборов* с последующим сравнением их с нормированными результатами. Здесь заслуживают упоминания следующие методы:

I. Метод квантового подсчета

Сюзан Дери, М. Ахтнич, Дж. Унгрихт и У. Мозер попытались разработать для применения теста в консультировании по выявлению профессиональных склонностей так называемый подсчет квантов, при котором для каждого фактора и вектора влечений подсчитывается сумма позитивно и негативно выбранных карточек. Те факторы или векторы, на которые падает большинство выборов *независимо от направления*, и должны играть особую роль в жизни персоны, прежде всего при выборе профессии. Так как этот метод подсчета, несмотря на сотни имеющихся применений, так и не завершен, мы вынуждены пока отказаться от его объяснения. Мы отнюдь не отказываемся в будущем от применения такого простого подсчета квантов в консультировании при выборе профессии, необходимо лишь подождать более подробных публикаций.

II. Метод выявления изменчивости

Этот метод венгерского психиатра Георга Бесермений был разработан под моим руководством для арифметического выявления степени изменчивости отдельных факторных реакций теста. Работа посмертно появилась в ежегоднике «Сондиана-І»^{*}. Читателю мы советуем обратиться к самой этой работе. Укажем только на некоторые важные области применения метода изменчивости:

1. Он устанавливает факторную изменчивость в серии экспериментов у одного испытуемого. Чем выше цифра непостоянства нескольких факторов у одной персоны, тем выше подозрение на преемственное или психотическое состояние.

Наиболее изменчивые, то есть непостоянные факторы уведомляют о *виде манифестной структуры симптомов*.

2. Природа не изменяющейся реакции «константных» факторов, по мнению Г. Бесермений, должна указывать на специфический вид психического заболевания. Так, например, если в проранжированном ряде цифр непостоянства факторы p и h являются наименьшими, то есть эти два фактора показывают относительно наиболее константные реакции, то это должно говорить о доминировании параноидной (p) и гомосексуальной (h) структуры влечений в судьбе персоны.

Бесермений распространяет свой метод и на групповые исследования гомогенных заболеваний, приводя технику подсчета изменчивости отдельных факторов в группах.

Из-за обстоятельности метода изменчивости он вряд ли будет использоваться в психодиагностике. На наш взгляд, адекватно использовать его в тех случаях, когда в центре научного исследования стоит проблема непостоянства или константности.

^{*} Böszörményi, G.: Bestimmung der faktoriellen Schwankungen im Szondi-Test. Szondiana I. Huber, Bern und Stuttgart, 1953. S. 199–210.

ГЛАВА 20

ЛИННЕЕВСКИЙ МЕТОД

Из всех количественных методов толкования наиболее надежным оказался опубликованный мной в 1942 году *линнеевский метод*^{*}. Ведущим мотивом линнеевского метода послужило известное высказывание Фрейда: «Симптом является знаком и замещением (суррогатом) несовершившегося удовлетворения влечений, следствием процесса вытеснения»^{**}. На основе этого высказывания мы поставили вопрос:

Какие виды реакций в тесте соответствуют симптомам, а какие — подавленным реакциям, не завершившимся удовлетворением влечений?

В результате возникла идея формулы влечений.

I. Формула влечений

На основе указанной выше постановки проблемы в зависимости от психодиагностического значения можно различать *две* группы факторов: 1) *симптоматические* и 2) *образующие характер* или *приводящие к болезни* факторы влечений.

Симптоматическими, или *симптом-факторами* являются те, на карточки которых И. выдает *амбивалентные* или *нулевые* реакции. Постоянные или почти постоянные амбивалентные реакции свидетельствуют о внутренних, субъективных симптомах в области влечений. И. уже осознал свою амбивалентность по отношению к определенной потребности влечения, но симптом еще не может проявиться вовне, объективироваться. *Внешние, объективные* симптомы обнаруживаются в *нулевых* реакциях, в них рассматриваемая потребность проявляется естественным образом, то есть в *генотипичной* форме или *оперотропно*, позволяя себя *объективно* диагностировать^{***}.

Постоянные (или почти постоянные) амбивалентные и нулевые реакции позволяют выявить те факторы влечений, которые определяют субъективную и объективную картину проявлений характера или болезни. Эти факторы мы называем «*симптоматическими*» факторами. Однако симптоматические факторы почти ничего не говорят о бессознательных процессах влечений, которые приводят к появлению симптомов.

Определяющие характер или приводящие к болезни факторы, а именно, *кондукторные* или *корневые факторы* (проводники «желаний предков»), диагностируются

* «Определение людей в эмпирической системе влечений. Линнеевская таблица влечений» (на венгерском языке) Лекции для вузов, на немецком языке «Линнеевская таблица» появилась в 1-м издании нашего учебника (1947 г.)

** Freud, S.: Ges. Schr. XI, S. 28.

*** Генотипично: соответствуя заложенному унаследованному образу. Оперотропно: социализируясь в какой-либо трудовой деятельности — например, в какой-либо профессии. (Для сравнения — «Schicksalsanalyse», B. Schwabe, Basel, S. 81ff. und 275 ff.)

в эксперименте постоянными или почти постоянными позитивными и негативными реакциями *в совокупности*. Постоянно позитивные и постоянно негативные реакции репрезентируют *неудовлетворенные потребности и кондукторную натуру* персоны. Одна из потребностей остается неудовлетворенной:

1. Так как внешние силы не позволяют осуществиться удовлетворению, несмотря на то, что Я одобряет притязание влечения; такой случай мы встречаем при *позитивных реакциях*.
2. Когда сфера Я отрицает определенную потребность; это диагностируется постоянно *негативными реакциями*.
3. Когда слишком велико количество потребности; это мы, например, обнаруживаем в случае маниакальных больных, которым не удается удовлетворить присущую им садистическую потребность, несмотря на то, что Я одобряет это притязание. (Постоянно позитивная реакция *s* является важным признаком в экспериментальном синдроме мании.) Здесь мы также должны подчеркнуть, что:
 - *негативные реакции не всегда сводятся к вытеснению одного из притязаний влечения*; они могут быть признаками отказа от него и приспособления к окружающему миру;
 - *не только негативные, но и постоянно позитивные реакции свидетельствуют о неудовлетворенности потребности*, то есть потребность, несмотря на одобрение со стороны Я, тоже остается неудовлетворенной, *хотя и не обнаруживается вытеснения*.

Таким образом, если мы после проведения серии исследований в каждом отдельном факторе влечений подсчитаем сумму нулевых и амбивалентных реакций, мы получим величину, с помощью которой нам удастся отделить симптоматические факторы от корневых.

Сумма амбивалентных и нулевых реакций показывает степень напряженности тенденций соответствующего фактора.

Под *напряженностью тенденций* (Tendenzspannung — Tsp) мы понимаем ту напряженность влечения, которая появляется из-за существования генетически антагонистичных тенденций одной и той же потребности. *Симптоматические факторы содержат наивысшую, а корневые факторы, наоборот, — наименьшую степень напряженности тенденций* (Grad der Tendenzspannung — TspG).

Мы остановимся на понятии напряженности тенденций.

Как известно, судьбоаналитическое учение о влечениях предполагает, что в каждой отдельной потребности влечения за возможность своей манифестации сражаются два чаще всего полярно противоположных стремления. Каждая потребность — как мы уже объясняли — обуславливается двойной структурой, то есть парой генов; потребность формируется двумя элементами этой структуры — двумя стремлениями, из которых одно исходит от материнской стороны, а другое — от отцовской. Два стремления, материнское и отцовское, чаще всего воздействуют в полярно противоположных направлениях. Одно, например, в направлении: «садизм-агрессия-активность», а другое, наоборот: «мазохизм- аутоагрессия-пассивность». Оба полярно противоположных стремления скрываются за фактором *s*. Именно эта борьба воздействующих в противоположных направлениях стремлений вызывает напряженность тенденций

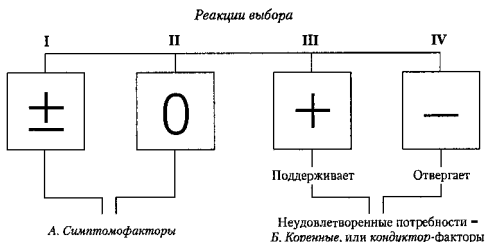


Схема 2. Схема образования симптоматических и коренных факторов

в каждой потребности, в каждом факторе влечений. Наиболее ярко напряженность тенденций проявляется при двойственно направленных, амбивалентных реакциях. Мы считаем, что амбивалентная форма реакций соответствует первоначальной форме (праформе) всех потребностей влечений. Такая гипотеза подтверждается экспериментально посредством того, что при позитивных реакциях выбора очень часто обнаруживается по меньшей мере хотя бы один негативный, а при негативных выборах — по меньшей мере один позитивный выбор. Например: $\begin{matrix} +3 & +1 & +2 & +1 \\ -1 & -3 & -1 & -2 \end{matrix}$

Однако в большинстве случаев испытуемый не способен продолжительное время выдерживать напряженность тенденций. Противоположные стремления парализуют друг друга, и в этот момент потребность разряжается. В эксперименте разрядка обнаруживается в нулевой реакции, поэтому мы называем нулевые или разряженные реакции *пост-амбивалентными*.

Пост-амбивалентная природа нулевой реакции часто обнаруживается в форме $\frac{+1}{-1}$.

Это обстоятельство оправдывает наш метод, в соответствии с которым степень напряженности тенденций измеряется не просто суммой амбивалентных реакций, а общей суммой амбивалентных и постабивалентных, то есть нулевых, реакций.

*

После подсчета степени напряженности тенденций для отдельных факторов влечений необходимо проранжировать по силе все восемь степеней напряженности тенденций (TspG). На основе получающегося ряда TspG будет легко отделить симптоматические факторы от корневых.

Последовательность степеней напряженности тенденций в этом ряде позволяет определить актуальную формулу влечений испытуемого.

Формула влечений представлена в форме дроби; на месте числителя стоят буквы, символизирующие симптоматические факторы, а на месте знаменателя — буквы, символизирующие корневые факторы.

Наряду с такой простой, *сокращенной* формой, которая служит для быстрой диагностики, часто используется полная форма формулы влечений.

Полная формула влечений представляет собой многоэтажную дробь, на верхний «этаж» которой мы вносим буквы двух или трех симптоматических факторов с наибольшей степенью напряженности тенденций. На второй «этаж» мы заносим буквы тех факторов, чьи TspG являются средними. Это *субманифестные* или *сублатентные* факторы, которые чаще всего обуславливают сферу интересов. На последнем «этаже» оказываются буквы тех факторов, у которых TspG будет наименьшим, то есть корневые факторы; в эту же строчку формулы влечений нужно вписать факторы, разница TspG которых не превышает 2^{*}.

Анализ одного случая в качестве примера истолкования формулы влечений

Данный пример демонстрирует технику получения и анализа формулы влечений.

Таблица напряженности влечений для случая 10

№	Профиль Дата	S		P		Sch		C		Ежедневный TspG		
		h	s	e	hy	k	p	d	m	Σ 0	Σ ±	Σ 0 и ±
I	1939 5.7.	—	—	—	+	+	+	+	0	1	0	1
II	10.7	—	—	—	+	+	+	+	0	1	0	1
III	14.10	—	—	—	+	0	±	+	±	1	2	3
IV	28.10	±	—	—	0	0	+	+	±	2	2	4
V	15.12	—	—	—	+	0	+	+	±	1	1	2
VI	1942 14.4	±	—	+	—	0	±	0	+	2	2	4
VII	16.4	—	—	0	±	0	+	0	±	3	2	5
VIII	16.4	—	±	0	+	+	+	0	—	2	1	3
IX	18.4	—	—	0	+	+	±	0	0	3	1	4
X	18.4	—	—	0	+	+	±	0	0	3	1	4
Σ	0	0	0	4	1	5	0	5	4	19	—	—
Σ	±	2	1	0	1	0	4	0	4	—	12	—
Факториальная TspG		2	1	4	2	5	4	5	8	—	—	31

* Советы в учебнике устарели, это прежде всего связано с обработкой данных компьютерными программами. Правилом теперь считается отнесение к корневым и кондукторным факторам TspG, равным 0–2, к субманифестным факторам: 3–5, а к симптом-факторам: 6–10. (Studer, F.; Elektronische Datenverarbeitung und Szondi-Test. Szondiana I, Jhrg. 1981 S. 253). — *Примеч. пер.*

Случай 10: И. является 30-летней аптекаршей. Между первым экспериментом с пятью профилями и вторым (тоже с пятью профилями) прошло три года.

Проранжированный ряд степеней напряженности тенденций для случая 10

Последовательность:	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Факторы:	<i>m</i>	<i>d</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>h</i>	<i>s</i>
Факториальная степень напряженности тенденций, TspG:	8	5	5	4	4	2	2	1
Симптоматические реакции:	$\pm \begin{smallmatrix} 0 \\ 4 \end{smallmatrix}$	0	0	$\pm$	0	$0 \pm \begin{smallmatrix} 1 \\ 1 \end{smallmatrix}$	$\pm$	$\pm$
Другого рода корневые реакции:	$+$ $-$	$+$	$+$	$+$	$- (+)$	$+$ $(-)$	$- $	$- $

На основе этой таблицы с проранжированным рядом мы можем составить сокращенную и полную формулу влечений.

Сокращенная формула влечений

$$\frac{m_s}{s_1}$$

$$s_1$$

Полная формула влечений

$$\pm 0$$

$$m_s$$

= ведущий *симптоматический* фактор

$$\begin{array}{cccc} +0 & +0 & +\pm & -0 \\ d_3 & k_3 & p_4 & e_4 \end{array}$$

= субманифестные факторы

$$\begin{array}{ccc} + & -| & -| \\ hy_2 & h_2 & s_1 \end{array}$$

= вызывающие болезнь *корневые* и *кондукторные факторы*

Теперь попытаемся проанализировать обе формулы влечений, как клинически, так и с позиции психологии влечений.

В сокращенной формуле влечений фактор *m* представлен в качестве симптоматического. Таким образом, у И. должны обнаруживаться *гипоманиакальные* черты характера или *маннакальные* симптомы. Что же является их причиной? Ответ дает представленный в сокращенной формуле корневой фактор, фактор *s*. За манией скрывается неудовлетворенная садистическая потребность; эта потребность может пребывать в бессознательном как притязание пациентки *быть мужчиной*.

А сейчас попытаемся проанализировать полную формулу влечений.

Естественно, в качестве *симптоматического* фактора и в полной формуле влечений стоит фактор *m*. Это означает, что в клинической картине проявлений у пациентки доминирующую роль занимают психотические или циклоидно-невротические симптомы. Можно думать и о пароксизмально выступающих эквивалентах мании, то есть о патологических пристрастиях, особенно о изркомании, алкоголизме, нимфомании, далее — о склонности к аферизму и мошенничеству, возможно, о склонности влезать в большие долги. То обстоятельство, что пароксизмальный фактор является субманифестным, является признаком того, что манифестные проявления

наступают у пациентки пароксизмально, то есть природа мании должна носить пароксизмальный характер. Это означает, что у пациентки должны часто проявляться приступы ярости, гнева, ненависти, возможно, мстительности, и именно тогда, когда у нее обнаруживаются реакции $e = 0$. (См. профили влечений №№ VII, VIII, IX и X.)

*

Необходимо обратить внимание на анализ *субманифестных* факторов d , k , p и e .

На карточки фактора d пациентка пять раз выдала нулевую и столько же раз позитивную реакцию. Удивительно, что в первой половине серии экспериментов (профили I–V) пациентка постоянно выдавала позитивную реакцию, а во второй половине — постоянно нулевую реакцию. Постоянно позитивная реакция в первой половине эксперимента является указанием на то, что И. в этот период была субманифестно *депрессивной*, то есть непосредственно перед ее актуальным маниакальным состоянием у И. была депрессия.

Тот факт, что в профиле влечений И. фактор m является симптоматическим фактором, а фактор d — наиболее сильным среди субманифестных, то есть самым сильным субсимптоматическим фактором, указывает на то, что пациентка незадолго до исследования пережила депрессивное состояние и стала ко времени проведения экспериментов маниакальной. Следовательно, ее мания является реакцией на депрессию, которая скорее всего наступила после потери первичного объекта (прообъекта).

Следующими субманифестными факторами являются факторы k и p . На k -карточки И. дала пять раз нулевую реакцию и пять раз — позитивную. На p -карточки она показала четыре раза амбивалентную реакцию и шесть раз — позитивные реакции. Субманифестные k - и p -реакции свидетельствуют о том, что перед маниакальной реакцией у пациентки было шизоформное изменение Я, а именно частично аутистическо-нарциссическое, частично инфлятивно-проективное расстройство. Наиболее распространенными аутическими симптомами являются: ипохондрия, конверсионная истерия, шизоидные неврозы с замкнутостью в себе, апатия и неспособность работать. По субманифестному фактору p можно сделать вывод о том, что перед маниакальным расстройством пациентка сражалась с идеями преследования или была охвачена идеями величия.

Субманифестный фактор e проявился четырехкратными нулевыми реакциями, пятикратными негативными реакциями, и только один раз обнаружилась позитивная реакция. Нужно учесть, что все четыре нулевые реакции попадают на вторую фазу исследования. Это является указанием на то, что припадки ярости проявлялись у нее главным образом во второй фазе болезни. В первой фазе грубые аффекты находились в стадии накопления.

*

Теперь мы переходим к анализу *корневых* факторов.

Латентными, невидимыми, вызывающими болезнь факторами являются у пациентки факторы hy , h и s . По низкой степени напряженности тенденций: 2, 2, 1

мы можем сделать вывод о том, что потребность в «экспрессионизме» (hy), в нежности, в гомосексуальности (h), но особенно стремление быть мужчиной (s) действуют в бессознательном в качестве наиболее динамичных и наиболее неудовлетворенных притязаний влечений.

На карточки фактора hy пациентка дала семь раз позитивную реакцию. Это означает, что Я пациентки почти постоянно одобряет существующую у нее потребность вынести себя на всеобщее обозрение, и тем не менее ей не удается удовлетворить свои экспрессионистские притязания.

На карточки гермафродитов или гомосексуалистов И. выдала восемь раз негативную реакцию, то есть у пациентки в большой степени остается неудовлетворенной потребность в нежности или гомосексуальности. Одновременно эта реакция позволяет утверждать, что пациентка стоит на высоком культурном уровне. Но то обстоятельство, что И. дважды в качестве векторных реакций дает $S = \pm -$, и один раз $S = - \pm$ (см. профили IV, VI и VIII), говорит о том, что пациентка пытается социализировать бисексуальные потребности с помощью механизмов навязчивости, что в полной мере ей осуществить не удается. Гипотеза о том, что пациентка подавляет бисексуальные или гомосексуальные притязания влечений, подтверждается и четыре раза появившейся амбивалентной реакцией p . Бисексуальная структура влечений И. ясно видна в профиле влечений № VI, где обнаруживается хорошо известный синдром бисексуальности: $-s$; $-hy$; $\pm p$. Нашу гипотезу также подтверждают векторные реакции $Sch\ 0 \pm$ (см. профили влечений № III, VI) и $C\ 0\ 0$ (см. профили влечений № IX, X).

Наиболее сильным корневым фактором у пациентки является фактор s . Она девять раз выдала в десяти экспериментальных профилях негативную s -реакцию. Поразительно велика количественная напряженность этого фактора; дважды пациентка на карточки убийц дает реакцию $s = -4$ и дважды $s = -5$. Такая негативная реакция фактора s со столь большой количественной напряженностью отражает опасную ситуацию влечений: 1) эта реакция (в случае женщины) вскрывает ненормально большое, неудовлетворенное притязание быть мужчиной; 2) реакция может свидетельствовать и о приближающемся изменении Я, особенно если учитывать, что И. дает эго-реакции $Sch\ 0 -$, $Sch\ 0\ 0$, $Sch\ 0 \pm$ наряду с реакцией $S + -$. Пациентка ни разу не показала позитивную h -реакцию. Это обстоятельство противоречит гипотезе, что заболевание пациентки является параноидной шизофренией в чистом виде, и тем не менее мы должны допустить, что за манифестируемым маниакальным поведением скрывается параноидно-гомосексуальная структура влечений. Мания является только «запасным выходом», за которым «подкарауливают» параноидно-гомосексуальные притязания.

Наконец, мы должны ответить на вопрос, является ли наша И. здоровым человеком. Если речь действительно идет о болезни, то страдает ли И. невротичным, психотичным или криминальным расстройством? Если рассматривать реакции вектора S , то возникает впечатление, что пациентка находится на высоком культурном уровне. Так оно и есть на самом деле. Но уже обнаруживаются симптомы, которые говорят о наличии болезни: 1) ненормально высокая количественная напряженность в области факторов s и h , 2) ненормально высокая напряженность тенденций в ведущем манифестном факторе m , 3) частые нулевые реакции в субманифестных факторах d , k , p и e , 4) инфантильная векторная реакция $C\ 0\ 0$.

Поэтому И. можно считать больным человеком, находящимся на высоком культурном уровне. Необходимо допустить, что у пациентки существует параноидно-гомосексуальная структура влечений, которая во время проведения исследований скрывалась за гипоманиакальным неврозом.

*

Весь процесс, механизм заболевания и диагноз мы можем представить следующим образом, учитывая формулу аличений:

1. 30-летняя аптекарша заболела потому, что ей не удалось социализировать свои бессознательные и неудовлетворенные бисексуальные притязания потребностей. Ее бессознательная, но чрезвычайно динамическая потребность быть мужчиной и побуждение к эксгибиционизму делают И. больной (корневые потребности s, h, hy).

2. Пациентка пытается избежать «водоворота» этих трех динамически бессознательных потребностей посредством вентилей депрессии и пароксизмальных припадков ярости (субманифестные факторы: d, k, p, e).

3. Однако эти вентили предоставляют пациентке только временное убежище и не разрешают до конца ее глубинных проблем влечений. Она начинает осознавать, что уже не сможет найти потерянный объект. В фазе осознания пациентка становится гипоманиакальной, а затем теряет здоровую установку по отношению к ценным объектам окружающего мира, ломает этические барьеры и ведет себя как человек, измеряющий ценности жизни с позиции приговоренного к смерти. Несмотря на это, пациентка не становится психотичной, даже в маниакальной фазе она постоянно сохраняет «культурные тормоза» (реакции $S - -$).

*

Теперь мы сравним результаты анализа формулы влечения с анамнезом, с клиническими наблюдениями и, наконец, с результатами исследования семьи.

Ведущим фактором формулы влечений является фактор m . Мы приходим к выводу, что в картине болезненных проявлений пациентки доминируют гипомания, возможно, симптомы патологических страстей, типа наркомании, дипсомании, возможно, нимфомании или аферизма и воровства. Первые пять профилей влечений были получены от пациентки в 1939 г. в одной из психиатрических клиник, куда она была помещена с диагнозом «мания». Ее отец — университетский профессор, еще в молодости она отличалась экстравагантностью и жила аристократической жизнью в бюргерской семье. Теперь ее жизнь превратилась в сплошные аферы и мошенничества, она обременена крупными долгами, непрерывно курит, посещает подозрительные ночные рестораны, пьет до буйства и отдается любому мужчине — в результате ее пришлось поместить в психиатрическую больницу.

Таким образом, ведущий симптоматический фактор действительно верно показывает клинические данные: нимфоманию, патологические пристрастия, гипоманическое поведение, склонность мошенничать, влезать в долги и аферизм.

Фактор *t* проявляется у нее и генотропически. Она ищет знакомства с певцами и музыкантами баров, постоянно пребывая в кругу полубогема.

Субманифестные факторы *d*, *k*, *p* и *e* тоже хорошо согласуются с характерными подробностями ее истории. Болезнь началась с депрессии. В качестве ее причины пациентка называет разочарование в отце. Отец, которого она до того безумно обожала, наделал карточных долгов, растратив существенную часть семейного состояния, и хотел покончить с жизнью. Вот тогда пациентка и узнала, что обожествлявшийся отец являлся страстным авантюристом. И. пережила первую депрессию. Фактор *d* проявлялся у пациентки и генотропически: ко времени исследования она успела обручиться с мужчиной, потерявшим за несколько недель до того свою жену; ежедневно она ходила с возлюбленным на кладбище ухаживать за могилой усопшей.

Но еще более поражает согласование результатов истолкования субманифестных факторов *k* и *p* с результатами анамнеза. Начиная с 17-го года жизни, пациентка страдала ипохондрией. Когда ее впервые поцеловали в подростковом возрасте, она стала мучиться от сифилофобии. Совсем молодой девушкой она была обручена с иностранцем: в это время у нее были различнейшего рода идеи бреда отношений, особенно сильно они проявлялись в трамвае и автобусе. Она чувствовала, что за ней наблюдают. Неожиданно в голову ей пришла бредовая идея, что ее жених является шпионом и стремится ее убить. Она отказалась появляться на людях, не прикасалась к еде и целыми днями лежала, свернувшись, в постели, глядя перед собой. Тогда врачи предполагали шизофрению, но полностью заболевание так и не проявилось.

По поводу генотропичного проявления факторов *k* и *p* мы можем привести следующие данные анамнеза: обожествляемый ею отец был известен как ипохондрик, годами мучавшийся от идеи, что он болен грудной жабой (стенокардия). Объектом девической любви И. был студент-медик, которого я сам лечил от ипохондрии. И этот медик — как и отец пациентки — тоже был твердо убежден в том, что у него больное сердце, хотя был совершенно здоров.

Генеалогически также можно оценить субманифестные факторы *p* и *k*. Один из дядей с материнской стороны был помещен в сумасшедший дом из-за параноидной шизофрении. Пациентка объясняла мне, что она копировала поведение дяди, часами молча лежа в постели и мучалась идеями преследованиями. В маниакальной фазе пациентка тоже показывала параноидные симптомы, но уже в форме мании величия, бахвальства и высокомерия; в качестве своих друзей она называла графов, баронов, политических лидеров.

Выбор профессии у пациентки тоже является генотропичным проявлением фактора *p*: она стала аптекаршей.

Субманифестный фактор *e* связан с клиническими симптомами типа приступов ярости и мстительности, а также с периодами упрямства. Это хорошо согласуется с поведением пациентки во второй период экспериментов, когда она почти постоянно показывала нулевую реакцию. В этот период она жила в родительском доме, вне стен психиатрического учреждения.

А сейчас мы попытаемся найти связь с анамнезом коренных факторов.

Что касается корневого фактора *h_y*, то он обнаружился в том, что однажды пациентка встретила своего жениха совершенно нагой. Это было в начале ее заболевания. Потребность эксгибировать оставалась у нее латентно-неудовлетворенной. Экспериментально это обнаруживается семью *позитивными h_y-реакциями*.

Да и то обстоятельство, что — несмотря на фармацевтическую профессию — она брала уроки пения, постоянно показывалась в обществе знаменитых актрис, а от некоторых так вообще теряла голову, с позиции психологии влечений нужно истолковывать как генотропичное проявление фактора *h*.

Но увлечение актрисами также тесно связано с корневым фактором *h*. Мы уже говорили об экспериментальных доказательствах существования у нее бисексуальной структуры влечений. Увлечение одной из актрис, которая была лесбиянкой, подтверждает нашу экспериментально обоснованную гипотезу. Еще одну экспериментальную поддержку эта гипотеза получает в связи с тем, что потребность И. *быть мужчиной* (фактор *z*) является ее неудовлетворенным притязанием влечения. С ведущим корневым фактором *z* тесно связано то, что если по отношению к актрисам И. вела себя как женщина, то с попутчиками-мужчинами она общалась так, словно бы сама была мужчиной. Уже с первой встречи она была с ними на «ты», вела разговоры на грубые темы, пила с ними.

II. Классы влечений

1. Разница в напряженности тенденций

Анализ формул влечений является подходящим методом для установления характера здоровой или патологической природы влечений. Формула влечений вскрывает отношения между симптомом и неудовлетворенными влечениями.

Но для классификации человека в естественной системе влечений мы используем и другой метод, а именно: установление *класса влечений*, к которому принадлежит конкретный индивид.

Эти два метода дополняют друг друга таким образом, что посредством класса влечений мы определяем «*genus proximum*»*, к которому относится И.; а формула влечений показывает нам «*differentiae specificaе*», посредством которых любую персону можно легко обособить от других личностей той же самой категории влечений в качестве отдельной уникальной личности.

Вначале мы определяем класс влечений, а после этого — формулу влечений. Оба метода позволяют выявить «*линию влечения*» («место влечения в линнеевской системе»), с помощью которого мы можем узнать человека в его природе влечений, в характере и формах болезней.

Оба метода основываются на идее напряженности тенденций. Анализ формул влечений в первую очередь учитывает *интрафакторное* напряжение тенденций, то есть то напряжение, которое возникает из-за полярно направленных двух тенденций *внутри одного и того же фактора влечений*.

При определении класса влечений будут учитываться те *различия напряженности*, которые выявляются *внутри отдельных векторов* между напряженностями тенденций, относящихся к двум факторам.

* Основной вид, род (лат.).

Допустим, что $TspG$ фактора $h = 9$, а фактора $s = 2$. Тогда векторная разница напряженности тенденций во влечении S будет:

$$TspG h - TspG s = 9 - 2 = 7.$$

Величина интравекторных различий в напряженности тенденций ($TspD$) в области влечения вектора S будет равна 7.

Таким образом, интравекторное различие напряженностей влечений количественно определяется разницей между двумя степенями интрафакторных напряженностей влечений. *Величина этой разницы выявляется посредством вычитания меньшей степени напряженности из большей.*

Если, например, $TspG$ фактора $h = 2$, а фактора $s = 9$, то разница в напряженности тенденций: $TspG s - TspG h = 9 - 2 = 7$, то есть тоже 7, но в этом случае в пользу фактора s . Таким образом, здесь, как и в предыдущем примере, различие будет тем же самым, только в пользу другого фактора.

Мы можем определить напряженность вектора — для этого необходимо в качестве индекса второй буквы вектора выбрать букву того фактора, который показывает меньшую степень напряженности, а потому и действует более динамично. Таким образом, два различия напряженности тенденций мы называем Ss или Sh .

$$TspG h - TspG s = 9 - 2 = 7 = Ss = TspD$$

$$TspG s - TspG h = 9 - 2 = 7 = Sh = TspD$$

Каждый вектор может быть представлен в двух вариациях $TspD$.

Восемь различных вариаций $TspD$ —

$Sh, Ss, Pe, Phy, Schk, Schp, Cd$ и Cm

Эти вариации различий в векторных напряженностях тенденций играют совершенно особую роль в экспериментальной диагностике влечений. А именно, кроме всего прочего, они обозначают еще и *актуальный главный класс влечений*, к которому *ко времени исследования* относится I .

Как известно, в судьбоаналитической системе влечений мы различаем четыре вектора, а именно векторы S, P, Sch и C . Следовательно, на основе исследований нужно считаться с четырьмя *интравекторными* различиями напряженностей.

Если мы упорядочим все четыре напряженности по рангу, то получим постепенно ослабляющуюся последовательность этих интравекторных различий в напряженностях.

В этой последовательности ряда одно из различий напряженностей будет большим, а другое — меньшим. *Актуально индивидуум принадлежит к тому классу влечений, различия в напряженности которого будут наибольшими.*

Наши исследования доказали, что любой индивидуум показывает самое большое различие напряженностей в области того влечения, которое проявляется у него *наиболее динамично*. Оно является тем критическим, латентным, только в самой незначительной степени удовлетворенным влечением, которое представляет собою специфический корень генетической природы или особую болезнь влечений. Именно те влечения подвергают опасности индивидуума и общество, в которых *одна* из потребностей пары факторов удовлетворяется, а *другая* остается неудовлетворенной. *В результате различной судьбы факторов одного влечения оно становится опасным.* Вектор, показывающий наибольшее $TspD$, как раз и выявляет искомое, наиболее опасное влечение.

На основе *наибольшего* TspD мы можем различать *восемь* главных классов влечений:

Sh, Ss, Pe, Phy, Schk, Schp, Cd и Cm.

В каждом из главных классов влечений на первом месте стоит прописная буква того вектора, в области которого были обнаружены *наибольшие различия* напряженностей.

2. Пропорции степеней латентности

Классы главного влечения базируются на наиболее опасных влечениях, в области которых *интравекторно* существует наибольшее различие напряженностей между двумя образующими его факторами.

Возникает вопрос, почему класс влечений базируется именно на *наибольшем*, а не, например, на *наименьшем* интравекторном различии напряженностей? В качестве ответа мы приведем следующий пример.

От 65-летней актрисы, помещенной в сумасшедший дом в Будапеште, мы получили 15 профилей влечения. После составления таблицы напряженностей тенденций (см. случай 11) мы выявили следующие различия напряженностей в четырех векторах:

- I. TspG s – TspG h – 13 – 0 – 13 – *Sh*
- II. TspG k – TspG p – 4 – 0 – 4 – *Schp*
- III. TspG d – TspG m – 5 – 1 – 4 – *Cm*
- IV. TspG e – TspG hy – 6 – 6 – 0 – *Phy*

Пропорции различий напряженностей дают картину «*пропорций латентности*», то есть динамических силовых отношений внутри четырех влечений (векторов). Пропорции латентности мы можем выразить следующей формулой:

$$\frac{Sh}{13} : \left| \frac{Schp}{4} : \frac{Cm}{4} : \frac{P}{0} \right|$$

Мы видим, что наибольшая латентность в различиях напряженностей (13) существует в сексуальном S-векторе, а наименьшая — в пароксизмальной области влечений (0). Средние различия в напряженностях (4) обнаруживаются в векторе Я (Sch) и во влечении контактов (C). Таким образом, сила различий напряженностей, то есть латентность, намного больше в области сексуального вектора (13 единиц напряженности), чем в области пароксизмального влечения. Поэтому актуально пациентка принадлежит классу влечения *Sh*. На основе имеющегося у нас опыта мы можем сказать следующее: тот вектор, который показывает *наибольшие* различия напряженностей, свидетельствует о том влечении, в инстинктивной области которого латентность, неудовлетворенность, то есть динамическая сила, будет наибольшей. Это динамически наиболее сильное влечение играет важнейшую роль в будущей судьбе И. Таким образом, если кто-нибудь проживает в *исконном виде только одну* из двух факторных потребностей какого-либо влечения, а вторую потребность, наоборот, полностью или почти полностью оставляет неудовлетворенной и она продолжает незаметно воздействовать в глубинах души со всей полнотой динамической силы, это влечение является наиболее опасным (в *антероградном* смысле) притязанием для будущей судьбы И.

В норме две взаимно противоположных потребности (фактора влечения) внутри одного и того же влечения тормозят друг друга своими равными или почти идентичными величинами напряженности. Это взаимное сдерживание мы называем *самоуправлением влечений*, когда кто-нибудь в целой серии экспериментов постоянно или почти постоянно показывает реакции $S++$, или $S--$, или $S00$, $S\pm\pm$. В этом случае судьба двух компонентов влечения сексуальности остается идентичной в сексуальной области, и именно поэтому здесь мы не обнаруживаем различий в напряженностях. В только что приведенных примерах мы встречали нулевую или совсем небольшую величину $TspD$.

Следовательно, *нулевое различие в напряженностях* означает:

- совместное, взаимное самоуправление двух факторов одного влечения ($++$, $--$);
- одновременную стадию разрядки компонентов влечения (00);
- одновременное наличие амбивалентности в паре факторов одного вектора ($\pm\pm$).

Общим для трех возможных форм нулевого различия напряженностей является то, что соответствующее влечение перестает быть опасным в будущем; из-за присутствия этому влечению взаимного самоуправления парой факторов оно исключается в *настоящее время* из ряда динамичных потребностей.

Таким образом, И. удалось из двух полярно противоположных факторов влечения образовать одно *легированное влечение*, то есть он сплавил две потребности в одно влечение. (Например, $S++$ является распространенной сексуальной картиной среднего человека)*.

Что же происходит в тех случаях, когда судьба двух компонентов влечения протекает совершенно по-разному, как это было у нашей больной? В факторе s И. показала 13 нулевых реакций в 15 выборах, а в факторе h мы, наоборот, обнаруживаем почти только *позитивные* реакции, почти все — избыточные, то есть $+6$, $+5$ и только один раз мы встретили $+4$. Поэтому различие напряженностей в векторе S было равным 13, то есть оно здесь необычайно велико.

В этом случае двум компонентам влечения не удастся тормозить друг друга. Фактор s не может быть сдержан своим партнером по вектору, фактором h , так как персона не способна сплавить пару потребностей в одно легированное влечение. Именно здесь отсутствовало самоуправление S -влечения. В результате фактор s мог свободно манифестироваться, пациентка открыто проживала свой сдизм, а фактор h , наоборот, оставался неудовлетворенным и динамически проявлял себя в глубинах души. Так как фактор h потерял свои естественные тормоза, своего контрагента (фактор s), то он смог продолжить свое динамическое воздействие, формирующее будущее.

Следовательно, именно это сексуальное влечение, а вместе с ним потребность в нежности (возможно, также гомосексуальное притязание), образует морбопластичную, побуждающую силу, формирующую будущее. Но было бы неправильно считать, что при постановке диагноза мы учитываем только вектор, показывающий наибольшее различие напряженностей. Мы всегда должны анализировать пропорции всех четырех различий напряженностей, то есть пропорции степеней латентности в каждом из влечений.

* В случае реакций $+-$ или $-+$ $TspD$ тоже оказывается равным нулю; но в этом случае мы будем говорить о разделении (расслоении) влечений, а не об их легировании.

Прошедшую и актуальную ситуацию влечений мы можем определить при анализе наиболее слабых различиях напряженностей. Однако диагноз судьбы прежде всего направлен на будущее, он отнюдь не ограничивается выявлением прошлого и настоящего, перед ним стоит цель обнаружить еще и влечения, опасные для будущего, чтобы предотвратить опасности с помощью перевоспитания или психического лечения. Именно поэтому мы нуждаемся в выявлении классов влечений по *наибольшим* различиям в напряженностях; то есть классов с *наиболее сильными*, а не с самыми слабыми степенями латентности. Нужно подчеркнуть, что при постановке диагноза каждое из четырех различий в напряженностях играет важную роль.

Формирующая судьбу сила влечений, занимающих в последовательном ряду разностей напряженности «*среднее*» положение, зависит от того, будут ли их различия в напряженности приближаться к величинам больше или меньше среднего. Именно это определяет, какое именно морбопластическое воздействие вызовут «*средние*» влечения: антероградное или ретроградное.

В целом можно выделить следующие принципы:

- 1) вектор, который показывает *наибольшее* различие в напряженностях, то есть наибольшую степень латентности, является локусом *наиболее угрожающей инстинктивной опасности (класс опасностей)*;
- 2) вектор с *наименьшим* различием в напряженностях, с наиболее низкой степенью латентности, дает сведения о наиболее частых запасных выходах, о *вентиллях*, посредством которых персона может избежать водоворота своих влечений;
- 3) влечения со *средней* степенью латентности могут играть существенную роль в ретроградной или антероградской судьбе человека в зависимости от того, насколько сильно различие напряженностей приближается к наибольшей или наименьшей степеням латентности, имеющимся в последовательном ряде.

3. Анализ случая для тренинга по определению класса влечения

Случай 11: По последовательному ряду и относительным пропорциям четырех векторных различий напряженностей нашей пациентки мы можем сказать следующее о жизни ее влечений:

1. Наибольшую напряженность влечений пациентка показывает в сексуальном векторе влечений, в частности в форме $Sh - 13$. Таким образом, ко времени исследования пациентка могла удовлетворять садистическую потребность; потребность в нежности оставалась у нее нереализованной. Именно лишенное ограничений, накладываемых при самоуправлении инстинктивным фактором s , неудовлетворенное, неукротимое, динамическое притяжение на нежность, а возможно, и гомосексуальность, является причиной заболевания пациентки. Жизнь влечений пациентки направляется экстремальной, динамически латентной энергией потребности h . Она постоянно живет в водовороте сексуального влечения, что и вызывает невозможность самоуправления.

2. Латентной опасности от сексуального влечения пациентка пытается избежать посредством использования пароксизмального, истерического или истерозиплептического вентиля. Экспериментальным доказательством этого является обнаруженное низкое различие в напряженностях в векторе P ; $TspD$ в векторе $P = 0$.

Ранее пациентка должна была пережить кризис пароксизмального влечения. В настоящее время инстинктивные «ворота» пароксизмального влечения открыты, сейчас ее Я больше не отвергает удовлетворения пароксизмальных притязаний; наоборот, именно пароксизмальный вентиль используется сферой Я для защиты от опасностей сексуального влечения.

Поэтому ранее пациентка должна была накапливать в себе потребность эксгибировать, а также ненависть, гнев, мстительность. В тот период неудовлетворенные пароксизмальные притязания могли проявляться только косвенно, то есть генопротипично, определяя предпочтения пациентки, — например, в выборе профессии. Но теперь она уже открыто проживает пароксизмальные потребности, то есть эксгибирует, позволяя своей ярости свободно проявляться; возможно, у пациентки бывают истеро-эпилептические приступы.

Этот экспериментальный прогноз полностью подтверждается анамнезом. В 24 года пациентка была помещена в психиатрическую больницу. Ей поставили диагноз *Psychosis hysterica*. Таким образом, потребность *P* действительно играла в прошлом пациентки одну из решающих ролей, так она стала актрисой, а позднее заболела истерическим помешательством.

3. Степень латентности, то есть различие напряженностей в векторе *Sch* было: *Schp* = 4, такая же величина обнаруживается и в векторе *C*: *Cm* = 4. Поэтому эти вариации расположены ближе к наименьшей (*P* = 0), чем к наибольшей степенной разностей (*Sh* = 13). Из этого можно сделать следующий вывод:

Пациентка использует для разрядки вентили не только пароксизмальной, но и параноидной (*Schp*) и маниакальной (*Cm*) природы.

Поэтому в нынешней картине болезни пациентки мы должны наряду с истеро-эпилептическими, пароксизмальными проявлениями обнаружить еще и параноидные и гипоманиакальные симптомы. Действительно, история болезни пациентки подтверждает экспериментальные данные. У пациентки часто бывают приступы, особенно во время визитов врача, тогда она опускается на диван, конечности ее застывают, изо рта течет пена, пациентка теряет сознание. Этот припадок имеет истеро-эпилептический характер. После припадка пациентка становится гипоманиакальной, чрезмерно много и безудержно говорит, поет, смеется, моторно становится очень беспокойной, в шутку наливает свою мочу в чашку для кофе и т. д. Во время одного из периодов болезни у пациентки были идеи преследования, она подозревала свое окружение, плакала целый день и вымазывала стены палаты своим калом. (Этот параноидно-цифозные проявления, более подробно об этом рассказывается далее.)

*

Относительные пропорции дают нам ясную картину о господствующих в четырех векторах напряженностях влечений, о величине латентности, то есть о динамической силе отдельных влечений. Таким образом, характеризующая определенный класс влечений наибольшая степень латентности локализирует место наибольшей инстинктивной опасности. В этом локусе жизни влечений необходимо осуществлять профилактику, психогигиену, перевоспитание и психическое лечение.

4. Позитивные и негативные подклассы

Также нужно уделить внимание более подробному и более тонкому подразделению восьми классов влечений.

Судьбоаналитическое учение о влечениях придерживается той точке зрения, что неудовлетворенность одной из потребностей влечения может быть вызвана двумя причинами.

Во-первых, латентность влечения может быть следствием *экстремально большого количества* потребности влечения, причем неудовлетворенной эта потребность будет оставаться даже в тех случаях, когда сфера Я одобряет ее удовлетворение. В этом случае в серии исследований обнаруживаются постоянные или почти постоянные *позитивные* реакции, особенно если они появляются в избыточной напряженности (!).

Во-вторых, неудовлетворенность потребности может быть следствием *вытеснения*. Это вытеснение будет происходить как по желанию внешних сил — тогда мы говорим о *приспособлении* к окружению, — так и под воздействием сферы Я или Сверх-Я; тогда мы говорим об отказе в психоаналитическом смысле. Таким образом, вытеснение, приспособление и отказ обнаруживаются в эксперименте в *негативных* реакциях.

Не только постоянно негативные, но и постоянно позитивные реакции могут подвергнуть инстинктивную жизнь индивидуума опасности, особенно тогда, когда одновременно соответствующий партнер по влечению, контрагент, каким-либо образом уже добился своего удовлетворения; то есть если в одной из определенных областей влечений различие в напряженности влечений особенно велико.

На основе этих фактов мы можем подразделить каждый из восьми главных классов влечений на два подкласса, из которых первый будет со знаком латентности *позитивных* реакций, а второй — со знаком латентности *негативных* реакций.

Соответственно, выделяется 16 подклассов:

1. Sh+, 2. Sh-, 3. Ss+, 4. Ss-, 5. Pe+, 6. Pe-, 7. Ph+, 8. Ph-, 9. Schk+, 10. Schk-, 11. Schp+, 12. Schp-, 13. Cd+, 14. Cd-, 15. Cm+, 16. Cm-.

5. Распределение классов влечений на основе опасностей и вентилей влечений

Главные классы определяются на основе различий в напряженности влечений, а подклассы — на основе позитивности или негативности направления выбора неудовлетворенных потребностей, то есть на основе корневых факторов. В результате возникают восемь *главных* классов и 16 *подклассов*.

Для более легкого определения сущности какого-либо человека в линэус-системе влечений необходимо учитывать и другой, *количественный* аспект, который относится к *абсолютной величине латентности*. В серии из десяти экспериментов величина латентности может варьировать — в рамках пропорций латентности — от 10 до 0. На основе экспериментальных данных было установлено, что величины латентности *от 5 до 10* (то есть 5, 6, 7, 8, 9 и 10) указывают на *действительные опасности влечений*. Величины латентности ниже 5 (то есть 4, 3, 2, 1 и 0) необходимо рассматривать в качестве *вентилей влечений*. Итак, чем больше величина латентности в пространстве какого-либо вектора влечения, тем больше исходящая от него инстинктивная опасность, а чем эта величина меньше, тем вероятнее, что эта

область влечений представляет вентиль влечений, а в клиническом смысле — симптомы.

Эти положения позволяют подразделить 16 подклассов на две группы — А. *Класс опасностей* или «*корней*» и Б. *Класс вентиляй* или *симптомов*.

А. Класс опасностей или «корней»

(величина латентности больше 4)

В ряду пропорций латентности в одном из случаев *больше 4* может оказаться *только одна* величина латентности, а в других — *две* или *три*, или даже все *четыре* величины латентности. Чтобы было легче находить в линнзус-таблицах какой-либо конкретный случай, мы распределили классы опасностей следующим образом: одна опасность, две, три и четыре опасности. Следующие примеры показывают, что мы понимаем под этим.

Одна опасность:

$$\frac{Sh+}{8} \left| : \frac{Phy-}{1} : \frac{Schp-}{1} : \frac{C}{0} \right.$$

Одна опасность Вентиля

Судьбы влечений:

Опасность влечения заключается в неудовлетворенности любви ($Sh^+/8$) — *маниформные* ($C/0$), *параноидные* ($Schp^-/1$), *эпилептиформные* ($Phy^-/1$) симптомы

Две опасности:

$$\frac{Sh+}{10} : \frac{Schp-}{9} \left| : \frac{Cm}{2} : \frac{P}{1} \right.$$

Две опасности Вентиля

Судьбы влечений:

Потребность в любви ($Sh^+/10$) и *ипохондрических жалобах* ($Schp^-/9$) являются опасностями, а асоциальное поведение ($Cm/2$) и пароксизмальное воровство ($P/1$) — вентилями

Три опасности:

$$\frac{Sh+}{8} : \frac{Cm+}{6} : \frac{Phy-}{5} \left| : \frac{Schk-}{3} \right.$$

Три опасности Вентиль

Судьбы влечений:

Из-за отсутствия доброжелательных отношений ($Sh^+/8$) пациент бродяжничал в детстве (фуги) ($Phy^-/5$); взрослым он стал безудержным пьяницей ($Cm^+/6$). Это его опасности. У него было несколько суицидальных попыток ($Schk^-/3$) — аутодеструкция (вентиль).

Четыре опасности:

$$\frac{Sh+}{7} : \frac{Cm+}{7} : \frac{Schk-!}{6} : \frac{Phy-}{5}$$

Четыре опасности

Судьбы влечений:

Из-за отсутствия доброжелательных отношений ($Sh^+/8$) возникают следующие опасности: ревность ($Schk^-/6$), эпилепсия ($Phy^-/5$) и страх принятия ($Cm^+/7$).

Б. Вентильные или симптомные классы

(все четыре величины латентности меньше 5)

Чтобы упростить использование линнэус-системы, мы не выделяем бивентильные классы, а ограничиваемся только двумя группами вентильных классов: тривентильными и квадровентильными классами

К группе тривентильных классов относятся все случаи, в которых различия между наибольшей и наименьшей величиной латентности составляет 3–4. Примеры

$$\frac{Sh+}{4} : \frac{Phy-}{2} : \frac{Sch}{0} : \frac{C}{0}$$

Причина
заболевания

Три вентили

Судьбы влечений:

1. Неустойчивая психопатия с пьянством ($C/0$); 2. Слабость воли и сферы Я ($Sch/0$); 3. Антисоциальность ($Phy-/2$) появилась после того, как пациент потерял жену ($Sh+/4$).

К тривентильным классам относятся и случаи со структурой латентности, которые в определенном смысле имеют *бивентильную* природу:

$$\frac{Sh+!}{4} : \frac{Schk-!}{4} : \frac{Cm+}{1} : \frac{P}{0}$$

Причина
заболевания

Вентиль

Судьбы влечений:

1. Пьянство ($Cm+/1$); 2. периодическая брутальность в состоянии опьянения ($P/0$); 3. Самосаботаж ($Schk-/4$); 4. Причина заболевания: недостаточная удовлетворенность доброжелательными отношениями ($Sh+/4$) и самосаботаж ($Schk-/4$)

В случае три- и квадровентильных классов персона *определяется* в линнэус-таблицах на основании *наивысших величин латентности относительно каждого случая*. (То есть в нашем случае мы ищем в таблице рубрики $Sh+$ и $Schk-$.)

Квадровентильными называются те классы, в которых все четыре величины латентности имеют значения меньше 5, а различия между наибольшей и наименьшей величинами латентности *меньше* 3, то есть 2, 1 или 0. Например:

$$\frac{Sh+!}{3} : \frac{Phy-}{2} : \frac{Schk-}{2} : \frac{Cm+!}{1}$$

Четыре вентили

Судьбы влечений:

1. Пьянство ($Cm+/1$); 2. Суицидальные попытки (разница в величинах ($Schk-/2$)); 3. Параноидный страх сензитивных отношений ($Phy-/2$). 4. Проблемы в любви ($Sh+!/3$). И. считает, что жена собирается его отравить ($Phy-/2$).

Для вентильных классов всегда характерна склонность к неустойчивости и психопатии, например, склонность к пьянству, сексуальная невоздержанность, часто гомосексуальной природы, социальная ненормальность, криминальность, неуправляемая, эпилептиформная жестокость и т. д.*

* В результате введения новой классификации не нужно прибегать к так называемым «инэквивальным» и «эквивальным» классам, использовавшимся в первом издании книги.



Здесь мы также должны объяснить один факт, который приводит к недоразумениям. Люди с одним и тем же психиатрическим диагнозом часто встречаются как в классах опасностей, так и в классах вентилей. Мы проясним это на примере *параноидных* и *эпилептиформных* расстройств. Пациент может быть протестирован в состоянии, в котором он накопил приводящую к болезни потребность влечения (*p* или *e*), причем ему еще не удалось ее разрядить. В этой стадии накопления пациент будет отнесен к классу *опасности Schp-* или *Pe-*^{*}.

Но если того же больного мы протестируем вскоре после параноидного или эпилептиформного приступа, пациент будет находиться в *вентильном* или *симптомном* классе. Этот «переход» психически больного человека из класса опасности в вентильный класс, или наоборот, происходит в полном соответствии с уже упоминавшимся принципом: психическая жизнь человека — находящегося в здоровом, а особенно в патологическом состоянии — постоянно находится в движении, то есть вначале инстинктивная энергия накапливается, а затем разряжается, иначе говоря, психическая энергия постоянно динамично-функционально обращается.

Таким образом, из того факта, что пациент принадлежит к классу опасностей или вентильному классу, мы можем сделать вывод о том, что пациент *во время тестирования* находился в состоянии *перед* или *после* прорыва одной из потребностей влечений.

Тот факт, что одни и те же формы «клинических» болезней могут фигурировать в различных классах влечений, становится понятным, если — как свидетельствует накопленный нами опыт — за так называемыми «единицами» клиническими диагнозами типа эпилепсии, шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, психопатии и т. д. мы будем видеть *совершенно различные инстинктивные процессы*; это та истина, которую можно доказать только при глубинно-психологическом подходе. В качестве примера обратимся к клинической картине паранойи и эпилепсии.

За параноидной бредовой болезнью в экспериментальной диагностике влечений мы находим — в соответствии с опытом, накопленным в судьбоаналитической психотерапии — отнюдь не всегда вытеснение гомосексуальности, а чаще каинитскую настроенность на убийство, характерную для латентной эпилепсии. Таким образом, существует *паранойя как на гомосексуальном* (З. Фрейд), так и на *эпилептическом фундаменте*. Но эти две формы фигурируют не в одном и том же классе влечений, и эпилепсия отнюдь не всегда является последствием вытесненной настроенности на убийство, часто здесь можно обнаружить вытеснение гомосексуальности, а иногда даже латентной паранойи. Подобные различия были обнаружены и в пространстве вытеснения у циркулярных больных. *Процесс возникновения какой-либо клинической картины — в рамках классической психиатрии — в аспекте глубинного измерения может быть столь многогранным, что мы вынуждены отказаться от гипотезы единства в вопросе возникновения психиатрических картин болезней.*

* Пациенты, которые в лечебных учреждениях фигурируют как параноики или эпилептики, в интерпараноизмальной фазе будут принадлежать классам опасностей *Schp-* и *Pe-*, а возможно и *Pe+*.

Интересной задачей для будущих исследований будет выявление *различий в картинах проявлений болезней* — например, что конкретно клинически отличает больного паранойей, принадлежащего классу влечений *Schr-*, от больного паранойей из класса *Sh+* или *Pe-*.

*

6. Линнэус влечений и проблема количества тестовых профилей

Эта проблема была подробно исследована Абрахамом Шафиром (Тель-Авив) на основе анализа 120 серий тестовых профилей, каждая из которых состояла из десяти профилей*. Мы приводим результаты, полученные автором.

«Константными статистическими критериями в исследовании оказались: а) корневые факторы, б) симптом-факторы, в) сокращенная формула влечений.

1. *Константность этих факторов в большинстве случаев обнаруживается уже после трех профилей, и так и не изменяется впоследствии вплоть до десятого профиля.*
2. *Первый ведущий класс влечений в пропорциях латентности в большинстве случаев становится константным уже после пятого профиля, сохраняя ведущее место до десятого профиля. Второй класс влечений получает свою константность после седьмого профиля.*
3. *Становится ясно, что для использования общих критериев при истолковании линнэуса влечений мы должны иметь минимум семь профилей испытуемого».*

В заключение своей работы автор дает исследователям, не имеющим возможности провести с испытуемым эксперимент из десяти серий, советы по использованию результатов сокращенной серии.

Чтобы использовать линнэус влечений или его части при интерпретации профилей, мы нуждаемся самое меньшее в *трех* профилях.

При трех профилях можно работать со следующими величинами:

Симптом-факторы:

Если по меньшей мере в одном факторе появляются три симптом-реакции (0, ±).

Корневые факторы:

Если по меньшей мере в одном факторе появляются три корневых реакции (+, -).

Сокращенная формула влечений:

Если по меньшей мере в одном факторе одновременно появляются три симптоматических реакции и по меньшей мере в одном из факторов — три корневых реакции.

Первый ведущий класс влечений:

Если выполняется условие для корневых факторов, то первый класс влечений остается **константным**.

* Эта работа в настоящее время еще не опубликована.

При четырех профилях:

<i>Симптом-факторы:</i>	Если по меньшей мере в одном факторе появляются три симптом-реакции, следующие непрерывно друг за другом.
<i>Корневые факторы:</i>	Условие то же, только, естественно, оно относится к корневым факторам.
<i>Сокращенная формула влечений:</i>	Если по меньшей мере в одном факторе появляются подряд три симптоматических реакции и по меньшей мере в одном из факторов – три корневых реакции подряд.
<i>Первый ведущий класс влечений:</i>	Если выполняется условие для корневых факторов, то первый класс влечений остается константным!

При пяти профилях:

<i>Симптом-факторы:</i>	В <i>патологических</i> случаях они остаются константными. У здоровых испытуемых те же правила, что и для четырех профилей.
<i>Корневые факторы:</i>	Константны во всех случаях.
<i>Сокращенная формула влечений:</i>	В <i>патологических</i> случаях константна. У здоровых испытуемых те же правила, что и для четырех профилей.
<i>Первый ведущий класс влечений:</i>	Во всех случаях константен.

При шести профилях:

<i>Симптом-факторы:</i>	Константны.
<i>Корневые факторы:</i>	Константны.
<i>Сокращенная формула влечений:</i>	Константна.
<i>Первый ведущий класс влечений:</i>	Константен.

При семи профилях:

<i>Симптом-факторы:</i>	Константны.
<i>Корневые факторы:</i>	Константны.
<i>Сокращенная формула влечений:</i>	Константна.
<i>Первый ведущий класс влечений:</i>	Константен.
<i>Второй класс влечений:</i>	Константен при эквивальности.

При восьми профилях: Константность всех показателей линиэуса влечений.

Этими выводами можно пользоваться только после перерасчета полученных экспериментальных результатов в соответствии со следующей таблицей:

Таблица 13. Перерасчет пропорций латентности и формулы влечений

Число полученных реакций	Количество полученных профилей						
	3	4	5	6	7	8	9
1	3	2	2	2	1	1	1
2	7	5	4	3	3	2	2
3	10	7	6	5	4	4	3
4		10	8	7	6	5	5
5			10	8	7	6	6
6				10	9	7	7
7					10	9	8
8						10	9
9							10

III. Коэффициент напряженностей тенденций

Коэффициент напряженности тенденций является той величиной, которая показывает нам, *насколько чаще И. на карточки восьми факторов влечений вместо амбивалентной дает нулевую реакцию.*

$$TspQu = \frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{\text{Сумма нулевых реакций}}{\text{Сумма амбивалентных реакций}}$$

Как хорошо известно, нулевые реакции обозначают внешние, а амбивалентные, наоборот, внутренние симптом-факторы.

Поэтому при помощи $TspQu$ мы можем рассматривать количественные соотношения между внешними и внутренними симптомами. Нам удалось на основании анализа этих пропорциональных величин сделать важные выводы о *поведении* испытуемых.

Если $TspQu$ менее 1,

поведение И. заторможенное, навязчивое, часто даже подавленное; такое мы, например, встречаем при неврозе навязчивости, шизоидной психопатии, шизофрении.

Если $TspQu = 1, 2, 3,$

то поведение И. чаще всего не привлекает внимания, хотя и в этом случае И. может оказаться психически больным.

Если $TspQu$ больше 5, и даже более 10,

то поведение И. несдержанное, неукротимое, еретичное, возможны реакции отреагирования; такое мы встречаем у истеричных, эпилептических, маниакально-депрессивных больных и при циклоидной психопатии.*

* Легко возбудимое (греч.).

При оценивании $TspQn$ всегда необходимо обращать внимание на то, происходит ли подавление поведения под воздействием внешних сил или вследствие внутреннего вытеснения.

Реакции $\% hy$, $\% k$ или $\pm k$ будут свидетельствовать о подавленности даже в том случае, когда $TspQn$ больше 3 — при этом у И. будет обнаруживаться подавленное беспокойство. И, наоборот, испытуемый может быть беспокойным даже при низком $TspQn$, если у него обнаруживаются такие реакции, как $C = 0 \%$ или $0 hy$, $0 k$. Соответственно, на основании только величин показателя $TspQn$ нельзя сделать вывод о поведении И.

IV. Процентные симптом-реакции ($\% Sy-Re$)

Эти реакции показывают, насколько велика сумма нулевых и амбивалентных реакций в соотношении со всеми факторными реакциями. При десяти профилях мы получаем $10 \times 8 = 80$ факторных реакций. Если персона показывает, например, 33 симптом-реакции из 80, то величина $\% Sy-Re$ будет 41. Подсчет производится следующим образом: $33 : 80 = x : 100$;

$$x = \frac{33 \times 100}{80} = 41\% = \% Sy-Re.$$

При восьми профилях влечений сумма всех факторных реакций будет $8 \times 8 = 64$; при семи профилях — $7 \times 8 = 56$ и т. д. Здесь $\% Sy-Re$ будет относиться уже к 64 или 56, но не к 80.

Таким образом, общей формулой для подсчета величины $\% Sy-Re$ будет

$$\frac{(\Sigma 0 Re + \Sigma \pm Re) \times 100}{\Sigma \text{ всех факторных Re}}$$

Эмпирическим путем была получена среднестатистическая величина процентной симптом-реакции, она равняется 20–30%.

Интерпретация $\% Sy-Re$ должна всегда происходить с учетом коэффициента напряженности тенденций.

Два примера:

У людей, страдающих неврозом навязчивости, $TspQn$ меньше 1, а $\% Sy-Re$ больше 30%. Это станет понятным, если учесть, что такие люди выдают больше $\pm Re$, чем $0 Re$; поэтому $TspQn$ у них меньше 1; с другой стороны, именно страдающие неврозом навязчивости поставляют большое количество симптом-реакций, поэтому величина $\% Sy-Re$ превышает 30%.

При циркулярных психоневрозах и психозах — из-за редкости появления $\pm Re$ — будет большой $TspQn$, то есть выше 3, а величина $\% Sy-Re$, наоборот, чаще всего будет меньше 30%.

Естественно, что таких данных недостаточно для клинического диагноза, но они могут содержать полезную информацию о стиле поведения персоны.

Более подробное описание работы с $TspQn$ и с $\% Sy-Re$ в психиатрической клинике и при определении дифференциального диагноза приводится далее.

V. Линнэус влечений

В экспериментальную диагностику мы вводим три новых термина, с помощью которых проводится эксперимент по классификации человека во всей его своеобразной индивидуальности. Этими терминами являются: 1. *Класс влечений*, 2. *Формула влечений* и 3. *Коэффициент напряженности влечений*.

Выявление *класса влечений* позволяет составить представление о том, в какой области влечений человеку актуально угрожает наибольшая инстинктивная опасность. Мы намеренно используем слово «актуально». *Было бы ошибочно думать, что какая-нибудь латентность влечения — например, латентность *Pe* или *Schr* — никогда не сможет измениться у человека в течение жизни*. Если бы это было так, то жизнь влечений человека оказалась бы ригидной по отношению к окружению, а вовсе не тем, чем она на самом деле является — непрерывно текущим процессом: жизнь напоминает поток, который в определенных обстоятельствах может превратиться в застывшую ледяную массу, и тем не менее, когда приходит время, он оттаивает и опять продолжает свой бег. Класс влечений в общем говорит об *актуальной кондукторной натуре И*. Но конкретный человек является носителем *нескольких предрасположенностей, в разное время становящихся динамически наиболее сильными*. Таким образом, индивидум наделен способностью сменять принадлежность к классу влечений, переходя из одного класса в другой, то есть принадлежность к определенному классу влечений означает *относительно лабильную по отношению к окружению инстинктивную ситуацию, но не абсолютную независимость от окружения*. Относительная лабильность по отношению к окружающему миру обуславливается внешними изменениями окружения, например, шоковыми воздействиями.

При таком положении вещей читатель может задать совершенно справедливый вопрос: правильно ли будет говорить о принадлежности к определенному биологическому классу? Ведь под принадлежностью к биологическому классу в общем-то понимается нечто врожденное, нечто абсолютно независимое от окружающей обстановки.

Мы попытались прояснить положение дел посредством проведения соответствующих исследований. Бартоломеусу Миндсенти мы благодарны за проведение следующих экспериментов: на более чем сотне солдат — то есть на физически и психически здоровой группе людей примерно одного возраста и одного социального слоя — он вначале провел *однодневный*, а после этого на тех же самых индивидах — *одномесечный* эксперимент, причем использовался один и тот же тестовый аппарат. Исследования проводились следующим образом: вначале Миндсенти провел с каждым солдатом по десять исследований в течение *одного дня*, то есть *каждый час* получая по профилю. А потом он изменил отрезки времени так, что следующая серия исследований (также состоявшая из десяти экспериментов) растянулась на *месяц*. Таким образом, Миндсенти получил два ряда пропорций латентности влечений, определяя по отдельности классы влечений *однодневного* и *одномесечного* эксперимента. Результаты этих сравнительных исследований оказались следующими:

1. Одна часть испытуемых сохраняет свою принадлежность к классу, а другая часть, наоборот, меняет класс влечений.

2. *Смена класса происходит не случайно, она следует совершенно определенным законам*. Невозможно просто перейти в любой предпочитаемый класс. Два череду-

(100 профилей) были получены с начала и до прерывания лечения из-за отъезда пациентки, с 13.11.1941 по 13.10.1942 г., то есть на протяжении почти целого года.

Из таблицы 14 видно, что вначале пациентка меняет класс Ss на класс Cm, то есть класс с наибольшей степенью латентности на тот, который показывает наименьшую степень латентности (серия 1-2). После этого пациентка удерживает принадлежность к классу Cm в течение трех серий исследований (серии 2, 3, 4). В этой фазе болезни пациентка проявляет гипоманиакальные, а часто и нимфоманические тенденции. Потом пациентка опять сменяет класс с наибольшей степенью латентности (Cm-) на класс Pe+, который за прошедшее время занял место класса с наименьшей степенью латентности. Степень латентности потребности Cm- передвигается с первого места в ряду (серия 4) на последнее (5), а потребность Pe+, то есть «желание очиститься», с последнего — на первое место (серия 5).

Но латентность Cm- только на короткий период остается на последнем месте в ряду латентностей; в последующий период эксперимента (серия 6) мы опять видим ее на первом месте; она заново принимает на себя ведущую роль в ряду латентностей. Пациентка опять становится гипоманиакальной. В серии 7 пациентка меняет биэквивалентную степень латентности; в серии 6 порядок ранжирования $\frac{Cm}{5} : \frac{Ss}{4}$, а в серии 7 — $\frac{Ss}{6} : \frac{Cd}{5}$. Речь идет здесь, таким

образом, не только о чередовании биэквивалентных классов, но и о превращении латентности Cm- в латентность Cd+. Это та разновидность метаморфоз, которую мы часто обнаруживаем у циркулярных больных, к тому же это лучшее доказательство того, насколько четко направление метаморфоз в инстинктивной жизни людей предопределено генетически.

В следующей серии экспериментов на ведущее место выходит вторая по величине латентность (Cd+); пациентка стала принадлежать к Cd+-классу; она очень депрессивна, латентность потребности S опять передвигается на последнее место (серия 8). В этой серии пациентка принадлежит биэквивалентному вентиль-классу $\frac{Cd}{4} : \frac{Pe}{4}$ —, то есть она стремится

очиститься от грязи нимфомании. И действительно, у пациентки появляется намерение уйти в монастырь.

В предпоследней серии И. теряет биэквивалентность; латентность Pe+-потребности продолжает занимать ведущее место в проранжированном ряду, но ее спутник возвращается на последнее место, причем в новой форме $\frac{Cm}{1}$, то есть различие в напряженностях тенденций

между Cm и Cd имеет наименьшую величину (1); две потребности, мания и депрессия, взаимно управляют друг другом.

В последней, десятой серии латентность Ss- опять, как и в начале исследования, выдвигается на первое место по рангу, причем латентность потребности S так и остается в самом конце. Таким образом, пациентка показывает тот же самый проранжированный порядок степеней латентности четырех главных влечений, который был у нее год назад.

Такая метаморфоза прежде всего интерпретируется как признак неизлечимости. Но только катанез, который мы получили 16 лет спустя, в 1958 году, полностью проясняет всю психическую ситуацию. Пациентка выбрала профессию *помощницы стоматолога*, вышла замуж за стоматолога и работает со своим мужем в его частном зубо врачебном кабинете. Таким образом, возвращение в класс Ss- указывает на *социализацию агрессии в профессиональной деятельности*, а не на обращение садизма (как это было во время болезни) против собственной персоны. Этот случай может послужить доказательством того, насколько серьезно при консультировании по выбору профессии необходимо считаться с наиболее сильными опасностями влечений, то есть с классами влечений.

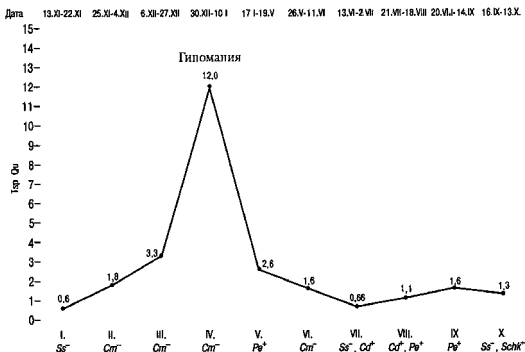


Рис. 19. Годовая кривая классов влечений и коэффициентов напряженностей влечений у 23-летней девушки (случай 12)

Мы могли бы привести еще много подобных примеров из практики, которые подтверждают общий тезис о том, что *метаморфозы в жизни влечений человека подчиняются совершенно особым правилам*, которые можно сформулировать следующим образом:

В инстинктивной жизни человека за ведущую роль как в реальной жизни, так и в бессознательной сфере, чаще всего сражаются два влечения, эти два контрагента жизни влечений по временам сменяют друг друга. Тем не менее они настолько прочно связаны друг с другом как генетически, так и глубинно-психологически, что никогда не смогут отделиться друг от друга. Сцепление контрагентов влечений может происходить в форме биеквальности в латентности или проявляться в манифестируемых качествах, но чаще всего контрагенты определяют собой антагонистические судьбы влечений. Это означает, что *когда одно из влечений задает ведущий тон в латентности, то его контрагент принимает на себя роль ведущего в проявляемой воле картине.* Закономерность в метаморфозах инстинктивных ситуаций также заключается в том, что *два контрагента жизни влечений обмениваются ролями:* то влечение, которое играло ведущую роль в латентности, принимает у своего контрагента функции, которые позволяют определять картину внешних проявлений.

Складывается впечатление, что человеку невозможно уйти от диалектической игры сеоих влечений. Антагонистические влечения репрезентируют в жизни влечений индивида две силы влечений, водоворот влечений, действующих в противоположных

Таблица 14. Изменение класса влечений в течение года.
Десять серийных исследований 23-летней девушки. Диагноз: пизомания

Серия и дата исследования	Ряд величин латентности	Класс влечений	Формула влечений	Показатель тенденции напряженности
№ 1. 1941 Профили: 1-X с 13. 11. по 22. 11.	$\frac{Ss}{4} : \frac{Pe}{2} : \frac{Schk}{2} : \frac{Cm}{1}$	Ss— Трехвентильный класс	$\frac{p \text{ } h y \text{ } h}{k d \text{ } m e s}$	$\frac{\sum 0}{\sum -} = \frac{9}{14} = 0,6$
№ 2 XI.—XX. с 25. 12. по 4. 12.	$\frac{Cm}{5} : \frac{Ss}{1} : \frac{Schk}{1} : \frac{P}{0}$	Cm— Одной опасности	$\frac{d}{p m k h y e \text{ } h s}$	$\frac{16}{9} = 1,8$
№ 3 XXI.—XXX. с 6. 12. по 27. 12.	$\frac{Cm}{5} : \frac{Schk}{4} : \frac{Pe}{1} : \frac{Ss}{0}$	Cm— Одной опасности	$\frac{p d}{k m h y \text{ } e h s}$	$\frac{20}{6} = 3,3$
№ 4 XXXI.—XL. с 30. 12. по 10. 1. 1942.	$\frac{Cm}{10} : \frac{Schk}{3} : \frac{S}{0} : \frac{P}{0}$	Cm— Одной опасности	$\frac{d}{p \text{ } m h s e h y k}$	$\frac{12}{1} = 12!$
№ 5 XLI.—L. с 17.1. по 19. 5.	$\frac{Pe}{3} : \frac{Schk}{2} : \frac{Ss}{1} : \frac{Cm}{0}$	Pe+ Трехвентильный класс	$\frac{d m}{p \text{ } h y k \text{ } e h s}$	$\frac{16}{6} = 2,6$
№ 6 LI.—LX. с 28. 5. по 11. 6.	$\frac{Cm}{5} : \frac{Ss}{4} : \frac{Phy}{2} : \frac{Sch}{0}$	Cm— Одной опасности	$\frac{h k p d}{h y s \text{ } e m}$	$\frac{19}{12} = 1,6$
№ 7 LXI.—LXX. с 13. 6. по 2. 7.	$\frac{Ss}{6} : \frac{Cd}{5} : \frac{Pe}{3} : \frac{Sch}{0}$	Ss— и Cd+ Двух опасностей	$\frac{h}{m h y s k p \text{ } e d}$	$\frac{12}{18} = 0,66$
№ 8 LXXI.—LXXX. с 21. 7. по 18. 6.	$\frac{Cd}{4} : \frac{Pe}{4} : \frac{Schk}{2} : \frac{Sh}{1}$	Cd+ и Pe+ Двухвентильный класс	$\frac{h y m}{e p \text{ } s d h k}$	$\frac{9}{8} = 1,1$
№ 9 LXXXI.—XC. с 20. 8. по 14. 9.	$\frac{Pe}{4} : \frac{Schk}{2} : \frac{Ss}{1} : \frac{Cm}{1}$	Pe+ Трехвентильный класс	$\frac{d m h y}{p h k \text{ } s e}$	$\frac{21}{13} = 1,6$
№ 10 XCI.—C. с 16. 9. по 13. 10.	$\frac{Ss}{4} : \frac{Schk}{4} : \frac{Pe}{1} : \frac{C}{0}$	Ss— и Schk+ Трехвентильный класс	$\frac{h p}{h y d m e \text{ } s k}$	$\frac{18}{13} = 1,3$

направлениях, из которого человек вряд ли сможет выплыть самостоятельно, без посторонней помощи — причем часто это будет невозможно сделать даже тогда, когда для спасения протянута рука. Именно это и является отведенной человеку судьбой, заключающейся в том, чтобы с рождения до смерти существовать в водовороте влечений, вызванном противоположными контрагентами.

Для человека существует единственное решение: социализировать энергию водоворота влечений, переводя ее на более высокий уровень жизни. Однако социализация присущего человеку водоворота влечений является трудной задачей, так что не стоит удивляться тому, что многие «тонут в пучине влечений». И только там, где сфера Я и ее связь с духовностью достаточно сильны, персоне удастся сформировать свободную судьбу из извязанной.

Эти объяснения служат для того, чтобы показать закономерность смены классов и возможность отнесения конкретного индивида к одному из классов влечений в системе человеческих влечений. Класс влечений показывает *genus proximum*, к которому генетически принадлежит человек.

*

Продвинуться в анализе сущности конкретного человека помогает *формула влечений*, и именно потому, что она позволяет выявлять «*differentiae specificaе*», посредством которых можно обособить персону в качестве уникального индивида от остальных личностей того же самого «рода влечений».

Классы влечений ориентируют в корневых факторах, то есть выявляют *кондукторную натуру*, а именно, те потребности влечений, которые из-за своей неудовлетворенности вызывают опасность со стороны влечений. Конечно, персона может использовать самые различные вентили влечений, чтобы избежать опасности. Но классы влечений не помогают нам сориентироваться в качестве «избираемых» запасных выходов, и формула влечений показывает нам не только вызывающие болезнь и определяющие характер корневые факторы, но и сообщает о запасных выходах, которые наследственно находятся в распоряжении человека.

На месте числителя в формуле влечений стоят обозначения симптом-факторов, говорящих об имеющихся вентилиях влечений.

Особенностью конкретного человека является способность избежать опасности, угрожающей и другим людям, посредством именно *этого* запасного выхода. Специфичность индивидуальных запасных выходов, которые мы видим в числителе формулы влечений, как раз и является той *differentiae specificaе*, которая позволяет сделать более тощую классификацию конкретного человека.

В результате сравнительных исследований семей было установлено, что «выбор» традиционных запасных выходов (вентилей влечений) тоже обусловлен семьей. Это означает, что эпилептические, истерические, иарцисстические, аутистические и другие запасные выходы будут в большей степени использоваться теми индивидами, в семье которых часто появляется манифестная эпилепсия, истерия, кататоническая шизофрения.

Формула влечений человека с течением времени может изменяться точно так же, как и класс влечений. *Метаморфозы формулы влечений точно так же следуют*

строгим правилам, как и классы влечений. Класс влечений и формула влечений тесно связаны друг с другом, они обуславливаются одной и той же динамикой факторов влечений.

Назовем только те закономерности, которые легко обнаруживаются в метаморфозах формулы влечений.

а) *Симптом-фактор превращается в корневой фактор*, то есть удовлетворявшаяся потребность на какое-то время становится неудовлетворимой.

В формуле влечений недавно упоминавшейся пациентки (см. табл. 14, серию 1–2) симптом-фактор *h* во второй серии превращается в корневой фактор. В последующих сериях 3, 4 и 5 фактор *h* остается среди корневых факторов, пока неожиданно опять не становится симптом-фактором в сериях 6–7. Поэтому пациентка начинает снова удовлетворять свое притязание на гомосексуальную нежность.

Подобные метаморфозы можно обнаружить и в инстинктивной судьбе фактора *d*. В сериях 2, 3, 4, 5 и 6 фактор *d* постоянно фигурирует в ряду симптом-факторов, то есть пациентка удовлетворяет свою анальную потребность, а именно — как мы об этом узнали из истории ее болезни — в форме навязчивых ритуалов с использованием клизмы и анальным онанизмом. В фазе лечения, когда была проведена серия 7, пациентка становится депрессивной и временно прекращает отдаваться навязчивым манипуляциям с клизмами, вследствие этого *d* из симптом-фактора неожиданно превращается в корневой фактор; в серии 9 мы опять видим фактор *d* в ряду симптом-факторов: пациентка опять стала удовлетворять свои анальные притязания.

б) Метаморфозы факторов влечений могут происходить и в противоположном направлении: неожиданно человек может начать удовлетворять прежде неудовлетворенные притязания, то есть *корневой фактор превращается в симптом-фактор*.

Фактор *m* в серии 6 является наиболее динамическим корневым фактором. Пациентка находится в полном одиночестве, она не способна привязаться к какому-либо объекту. В следующей серии она уже способна переживать привязанность, фактор *m* становится субманифестным, чтобы потом в восьмой серии начать фигурировать в качестве симптом-фактора.

в) Наиболее распространенная форма метаморфоз факторов — *симптом-фактор становится субманифестным фактором, и наоборот, субманифестный фактор становится симптом-фактором*.

Фактор *p* является ведущим симптом-фактором в серии 1, но уже во второй серии он становится субманифестным, а в серии 3 опять берет на себя ведущую роль, чтобы в серии 4 вновь стать субманифестным (Случай 12).

Несмотря на происходящие с течением времени метаморфозы факторов, у нас складывается впечатление, что *формула влечений у конкретного человека отличается большой стабильностью и независимостью от окружения*. Стабильность и независимость от окружения, во-первых, относится к направлению, а во-вторых, к качеству метаморфоз. Так как, во-первых, *постоянно или почти постоянно в качестве корневых сохраняются одни и те же факторы*; например, в приводимом выше примере это относится к фактору *s*, который восемь раз в 10 сериях экспериментов оставался корневым фактором, и только два раза был сублатентным (серии 6 и 7). Во-вторых, *на превращения из корневых факторов в симптом-факторы (и обратно) всегда способны одни и те же факторы*. (В нашем примере факторы *h*, *m*, *hy*, *d*.)

Именно индивидуальная структура влечений конкретного пациента обеспечивает относительную стабильность класса влечений и формулы влечений. Мы обращаем внимание на *относительность такой стабильности*; она не является абсолютной, как, например, стабильность группы крови. С течением времени класс влечений и формула влечений могут претерпевать изменения, но — это является существенным — *направление метаморфоз и качество изменяющихся факторов остаются стабильными*. Если бы все обстояло по-другому, все попытки создать для людей линнэус влечений, а также воспитывать или лечить людей посредством психотерапии были бы напрасными.

*

Как известно, коэффициент напряженности влечений служит для экспериментального определения стиля поведения, отношения к жизни испытуемого. У здоровых людей ТспQi относительно стабилен и неизменен, его колебания не выходят за пределы 1–3 баллов. Постоянное нахождение ТспQi в зоне меньше единицы, как и чрезмерно большие колебания, например от 0,5 до 10 и более, являются важным психодиагностическим признаком.

Стабильное положение ТспQi является совершенно типичным для механизма навязчивости, кататонических проявлений, шизоидного отношения к жизни. А слишком большие колебания, наоборот, указывают на истерическое, эпилептиформное, циркулярное поведение.

В качестве примера можно обратиться к рис. 19, на котором изображена годовая кривая ТспQi упоминавшейся пациентки, десять результатов серийных исследований которой приведены в таблице 14.

Годовая кривая демонстрирует:

- 1) значительные колебания в широте напряженностей ТспQi у пациентки (от 0,6 до 12);
- 2) глубоко укорененные отношения ТспQi с соответствующими классами влечений.

Величина ТспQi достигает своего пика (12) в той фазе, в которой гипоманиакальное состояние пациентки достигает кульминационной точки. И, наоборот, ТспQi становится меньше 1 в фазе доминирования навязчивых механизмов и садомазохизма (серии I и VII).

*

В инстинктивной жизни людей существует еще одна метаморфоза, которая полностью подтверждает представление об *относительной* стабильности или об относительной лабильности классов влечений, формул влечений и коэффициентов напряженностей тенденций. Мы имеем в виду метаморфозу классов и формул влечений с возрастом.

Таблица № 15 позволяет получить представление об этих физиологических метаморфозах.

Таблица 15. Смена класса влечений и формы влечений с возрастом

Период жизни	Класс влечений	Ряд величин латентности	Формула влечений		Показатель тенденции напряжен.
			сокращенная	полная	
Первый пубертатный период упрямства. Дети 3-4 лет. n=75	Cm ⁻	$\frac{Cm}{6,5} : \frac{Sh}{3,8} : \frac{Phy}{3} : \frac{Sch}{0}$	$\frac{ed}{p k}$	$\frac{ed hys}{h m p k}$	1,7
Возраст детского сада 5-6 лет. Латентный период (Фрейд). n=150	Sh ⁺	$\frac{Sh}{17,5} : \frac{Cm}{8} : \frac{Pe}{5,7} : \frac{Schp}{5,5}$	$\frac{hy}{h}$	$\frac{hy d k}{e p s m h}$	1,6
Младший школьный возраст. Дети 7-8 лет. n=100	Cm ⁻	$\frac{Cm}{20,0} : \frac{Sh}{14,0} : \frac{Pe}{5,0} : \frac{Schp}{1}$	$\frac{hy}{m h}$	$\frac{hy k p}{e d s m h}$	2,0
Предпубертатный период. Дети 9-12 лет. n=125	Cm ⁻ Phy ⁻	$\frac{Cm}{21,6} : \frac{Phy}{20} : \frac{Sh}{17,6} : \frac{Schk}{7}$	$\frac{e}{m h}$	$\frac{ed p}{k h y s m h}$	1,6
Начало второго пубертатного периода. 13-16 лет. n=200	Cm ⁻	$\frac{Cm}{14,5} : \frac{Phy}{9} : \frac{Schp}{5} : \frac{Sh}{4,5}$	$\frac{d}{h}$	$\frac{d e k}{p h y m s h}$	1,7
Конец второго пубертатного периода. 17-18 лет. n=175	Cm ⁺	$\frac{Cm}{21,6} : \frac{Phy}{9,7} : \frac{Ss}{3,4} : \frac{Sch}{0}$	$\frac{d}{s}$	$\frac{d e}{p k m h y h s}$	1,6
Юношеский возраст 19-20 лет. n=100	Sh ⁺ Phy ⁻	$\frac{Sh}{11} : \frac{Phy}{11} : \frac{Schk}{8} : \frac{C}{0}$	$\frac{e p}{h}$	$\frac{e p}{m d h y s k h}$	1,6
Возраст выбора профессии 21-30 лет. n=300	Sh ⁺ Cm ⁺	$\frac{Sh}{17} : \frac{Cm}{15} : \frac{Phy}{12} : \frac{Schk}{6}$	$\frac{e d}{h}$	$\frac{e d}{p s h y k m h}$	1,77
Возраст формирования семьи. 31-40 лет. n=300	Cm ⁺	$\frac{Cm}{19} : \frac{Sh}{10} : \frac{Phy}{5,6} : \frac{Schp}{2,8}$	$\frac{d}{h}$	$\frac{d e s}{h y k p m k}$	1,8
Возраст климактерических изменений «Переходный возраст» 41-60 лет. n=250	Sh ⁺	$\frac{Sh}{22} : \frac{Phy}{10} : \frac{Schk}{5,6} : \frac{Cm}{2,8}$	$\frac{e}{h}$	$\frac{e d m}{s h y p k h}$	2
Начало старения. 61-70 лет. n=250	Cm ⁺ Sh ⁺	$\frac{Cm}{19,6} : \frac{Sh}{17,8} : \frac{Schp}{11,5} : \frac{Phy}{11,6}$	$\frac{e d}{p h}$	$\frac{e d}{s h y k m p h}$	1,5
Возраст старения. 71-80 лет. n=84	Sh ⁺	$\frac{Sh}{33,5} : \frac{Schp}{27} : \frac{Phy}{16,6} : \frac{Cm}{14}$	$\frac{d s}{p}$	$\frac{d s e}{k m h y h p}$	2,5
Старость. Инволюция. 81-90 лет. n=45	Sh ⁺	$\frac{Sh}{29} : \frac{Phy}{24,4} : \frac{Schp}{22} : \frac{C}{0}$	$\frac{e}{p}$	$\frac{e s}{k d m h y h p}$	2,0

На основе этой таблицы мы можем сделать следующие выводы об *отношениях между возрастом и классом влечений*:

В нормальных условиях человек, начиная с первой, *инфантильной* пубертатности, то есть с третьего года жизни, и вплоть до старческого возраста (90 лет) в целом принадлежит только двум классам влечений, а именно *См* и *Sh*.

К классу *См*-, то есть к «оставленным, одиноким», относятся: 1. дети в период упрямства (3–4 года); 2. дети в возрасте поступления в школу (7–8 лет); 3. дети в предпубертатный период (9–12 лет); 4. дети в начальный период второй, *подростковой* пубертатности, то есть между 13 и 16 годами.

К классу *См*+, то есть «к крепко привязывающимся», относятся: 1. подростки в конце периода второй пубертатности (17–18 лет); 2. взрослые в период создания семьи (30–40 лет); 3. взрослые в начальный период старения, (60–70 лет).

К классу *Sh*+ относятся: 1. маленькие дети (5–6 лет); 2. подростки в возрасте 19–20 лет; 3. взрослые в климатический период, то есть в 41–60 лет; 4. пожилые и старые люди (между 70 и 90 годами).

К бизеквальному классу влечений принадлежат: 1. дети в предпубертатный период: *См Phy*; подростки в период выбора профессии (19–20 лет) = *Sh+ Phy*.

Если индивид является представителем какого-либо другого класса влечений, то это означает, что такой человек или является кондуктором патологически повышенных предрасположенностей *P*-, *Sch*-влечений, которые социализируются в определенных формах, или же этот человек психически болен.

Таким образом, в нормальных состояниях только две потребности предстаают для людей периодическую, сохраняющуюся опасность влечений по отношению к окружению: 1. потребность в любви к представителям своего пола (гомосексуальность), 2. потребность в привязанности.

Обе потребности являются наиболее рано активизирующимися притязаниями влечений и в филогенезе, и в онтогенезе. В ходе становления человечества и в ходе онтогенетического развития они вытесняются в латентное состояние, откуда управляют инстинктивной жизнью людей и постоянно подвергают ее опасности.

Другим доказательством относительной стабильности человеческой инстинктивной жизни по отношению к окружению являются метаморфозы коллективных формул влечений на протяжении времени. Таблица 15 показывает, что два фактора влечений, а именно факторы *d* и *e*, фигурируют в формуле влечений в течение всей жизни в качестве симптом-факторов. Далее из той же таблицы видно, что коэффициент напряженности тенденций с 3 до 90 лет имеет почти одну и ту же величину — от 1,6 до 2,5.

VI. Классификация испытуемых с помощью линнзуса влечений

1. Метод линнзуса влечений

Приведенные нами факты позволяют создать линнзус влечений человека.

Основные этапы классификации отдельного индивида на основе линнзуса влечений:

- 1) сбор данных — как минимум 8–10 профилей влечений;
- 2) фиксация результатов отдельных профилей влечений вместе со знаками направленности потребностей (+, %, ±, 0) в таблицу напряженности тенденций (см. случай 11);
- 3) в этой таблице подсчитывается величина $\Sigma 0$, $\Sigma \pm$ как для каждого отдельного эксперимента (по горизонтали), так и для каждого фактора (по вертикали), далее ежедневные (горизонтальные) и факторные (вертикальные) соотношения величин $\Sigma 0$ и $\Sigma \pm$, то есть ежедневная и факторная степень напряженности тенденций;
- 4) определение четырех векторных различий напряженностей тенденций;
- 5) фиксация проранжированного ряда латентности;
- 6) на основе проранжированного ряда латентности выявляется актуальный класс влечений;
- 7) на основе восьми степеней напряженности влечений определяется сокращенная и полная формулы влечений;
- 8) определение величины коэффициента напряженности влечений;
- 9) обладая всеми этими результатами, мы классифицируем И. на основе класса влечений и формулы влечений по соответствующей «*таблице линнэуса влечений*».

По техническим причинам линнэус-таблицы №№ I–XXXII выходят *отдельно* от этого учебника под названием «*Классификация людей при помощи линнэус-таблиц на основе психодиагностических экспериментов, проведенных с 5 086 людьми*» (издательство «Хубер», Берн и Штуттгарт, 1959 г., том III);

10) таблицы линнэуса влечений были экспериментально составлены для каждого класса влечений и содержат:

- а) *горизонтально*: семь возможных вариаций, существующих в соответствующем классе возможных формул влечений, представленных в сокращенной формуле.
- б) *вертикально*: специальные вариации формул влечений с экспериментальными диагнозами болезней или характера.

Жизнь *отдельного* человека слишком коротка, чтобы успеть пережить возможности судьбы во всем своеобразии нормальной и патологической структуры влечений. Это является причиной того, что в настоящее время таблицы линнэуса влечений оказываются далеко *не полными*. До сих пор в таблицах линнэуса влечений нам удалось обозначить только наиболее часто появляющиеся болезни влечений (неврозы, психозы, преступления) и возрастные группы. Пробелы здесь могут быть заполнены постепенно в результате дальнейших исследований. Именно в этой области я ожидаю важных дополнений от последующих исследователей.

Наиболее важные с точки зрения практики таблицы линнэуса влечений можно найти в упоминавшемся третьем томе (№№ I–XXXII). Они дают представление об основных возможностях судьбы всех классов влечений.

При выборе таблиц мы руководствовались двумя причинами:

В настоящее время мы приводим только те таблицы линнэуса влечений, которые играют важную роль в патопсихологической диагностике.

Мы приводим только те таблицы, которые на протяжении ряда лет могли ежедневно применять в своей практике.

Мы еще раз подчеркиваем, что таблицы линнэуса влечений не отличаются полнотой. Они содержат только те патологические возможности судьбы, которые

представляют интерес для практикующих психиатров и психологов, занимающихся невротами и психозами. Из «нормальных» возможностей судьбы таблицы содержат только возрастные классы, без указания на какие-либо характерные различия.

В следующей главе будут подробно описаны классы характеров. Но сначала мы приведем пример, чтобы показать, каким образом с помощью метода линнэус-таблиц можно классифицировать конкретного человека в системе влечений.

2. Пример применения метода линнэус-таблиц в случае одной опасности

Случай 11. 65-летняя актриса (ее случай послужил примером при обсуждении сущности классов влечений).

Внеся результаты 15 профилей влечений, полученные в работе с актрисой, в таблицу напряженности влечений, получим следующую схему:

Таблица напряженности влечений. 65-летняя актриса. Случай 11.

№	Профиль Дата	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	Σ 0 и ±
		h	s	e	hy	k	p	d	m			
I	1940 24.1.	+ III	0	—	0	—	—	+	— 1	2	0	2
II	25.1.	+ I	0	—	+	—	—	+	—	1	0	1
III	26.1.	+ II	0	—	+	±	—	0	—	2	1	3
IV	27.1.	+	0	±	±	0	—	+	—	2	2	4
V	31.1.	+ III	0	—	+	0	—	0	—	3	0	3
VI	10.2.	+ III	0	0	0	—	—	+	±	3	1	4
VII	15.2.	+ II	0	—	+	—	—	+	—	1	0	1
VIII	22.2.	+ II	0	0	+	—	— II	+	—	2	0	2
IX	27.2.	+ III	0	0	0	0	—	+	—	4	0	4
X	28.2.	+ III	0	—	+	—	—	—	—	1	0	1
XI	29.2.	+ III	0	0	0	—	— I	+	—	3	0	3
XII	4.3.	+ II	+	0	+	—	— II	0	—	2	0	2
XIII	30.3.	+ III	0	—	0	—	—	+	—	2	0	2
XIV	9.4.	+ III	0	—	+	—	—	0	—	2	0	2
XV	10.4.	+ III	+	—	+	—	— II	0	—	1	0	1
Σ 0		0	13	5	5	3	0	5	0	31	—	—
Σ ±		0	0	1	1	1	0	0	1	—	4	—
Факториальная TspG		0	13	6	6	4	0	5	1	—	—	35

$$\text{Коэффициент напряженности влечений} = \frac{31}{4} = 7,7$$

А. Определение класса влечений

Происходит на основании ранжированного ряда степеней латентности:

$$S - h = 13 - 0 = 13 \text{ } Sh^+$$

$$D - m = 5 - 1 = 4 \text{ } Cm^-$$

$$K - p = 4 - 0 = 4 \text{ } Schp$$

$$T - hy = 6 - 6 = 0 \text{ } Pe \text{ } hy$$

Ранжированный по степени латентности ряд принял вид:

$$\frac{Sh^{+III}}{13} : \frac{Cm^{-I}}{4} : \frac{Schp^{-II}}{4} \quad \frac{Pe \text{ } hy}{0}$$

Итак, пациентка является представителем класса влечений Sh⁺ с одной опасностью.

На основе анализа результатов можно сделать следующие выводы:

1) опасность влечений обусловлена латентной, динамичной, онтогенетически наиболее ранней, бисексуальной (или гомосексуальной) потребностью;

2) как известно, наиболее частыми вентильми влечений класса Sh⁺ являются:

- а) чрезмерное подчеркивание мужественности;
- б) агрессия;
- в) возможно, обращение агрессии на свою персону;
- г) в патологической форме: истерия, истероэпилепсия, параноидный бред. (См. далее описание класса влечений Sh.)

Так как пациентка относится к классу влечений Sh⁺, необходимо учитывать следующие возможности:

1. Пожилой и старческий возраст (норма),
2. Параноидно-депрессивное состояние, самообвинение, жалобы, причитания;
3. Невроз страха;
4. Пиромания;
5. Клептомания, попытки компенсировать посредством воровства свой страх одиночества, появившийся после потери объекта привязанности;
6. Истерия, истероэпилепсия, возможно, Psychosis hysterica;
7. Параноидная шизофрения, шизомания, то есть проявляющаяся в маниакальной (циркулярной) оболочке параноидная шизофрения;
8. Баидитизм, убийства с целью ограбления;
9. Гомосексуализм;
10. Наркомания и т. д.

Какую из этих возможностей судьбы реализует пациентка? На этот вопрос можно ответить с помощью формулы влечений.

Б. Определение формулы влечений

Чтобы предварительно определить формулу влечений на основе таблицы напряженностей тенденций, необходимо составить проранжированный ряд степеней факторных напряженностей тенденций.

*Проранжированный ряд степеней факторных напряженностей тенденций
(65-летняя актриса)*

Ранг:	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	s	e	hy	d	k	m	p	h
Степень напряженности тенденций	13	6	6	5	4	1	0	0
Симптоматические реакции	0	0(±)	0(±)	0	0(±)	±		
Корневые и другие реакции	(+)	-	+	+	-	-!	-!!	+!!!

Сокращенная формула влечений:

$$\frac{s}{h}$$

Полная формула влечений:

$$\frac{s_{12}^0}{\frac{e_0^2 \cdot hy_0^2 \cdot d_0^2 \cdot k_0^2}{m_0^{11} p_0^{11} h_0^{20}}}$$

Зная два типа формулы влечений, на основе таблицы линнзус-влечений № 1а с классом опасности Sh* можно определить диагноз пациентки*.

В таблицах линнзус-влечений в классе Sh* в горизонтальной рубрике мы находим сокращенную формулу $\frac{s}{h}$, а после этого в вертикальной рубрике — полную формулу влечений. (Необходимо обратить внимание, что в таблицах линнзус-влечений эта формула фигурирует без средних, субманифестных или сублатентных факторов.)

В рубрике I $\frac{s}{h}$ под номером 4 стоит искомая формула пациентки $\frac{s \cdot e \cdot hy}{h \cdot p \cdot m}$ с диагнозом: истерический психоз (Psychosis hysterica), истероэпилепсия (hysteroepileptica), параноидная шизомафия.

Коэффициент напряженности влечений = $\frac{\Sigma 0 \ 31}{\Sigma \pm \ 4} = 7,7$. Эта величина TspQu

является указанием на то, что пациентка находится в беспокойном состоянии.

Краткое сообщение о больной (фрагменты из истории болезни Венгерской государственной Королевской психиатрической больницы в будапештском районе Липотмезе):

«С 24 лет пациентка лечилась в различных психиатрических больницах за исключением коротких перерывов. Одна из ее теток и две сестры пациентки умерли в сумасшедшем доме. Больная была актрисой, часто пыталась совершить самоубийство.

* См. Band III: «Menschenbestimmung mit Hilfe der Linnäustabellen». Huber, Bern und Stuttgart, 1959.

Пациенткой нашей больницы (психиатрического приюта) она стала впервые в период с 4.10.1919 по 30.5.1921. Тогда ей было 45 лет. В истории болезни, которая была заведена 23 года назад, у пациентки значатся *галлюцинации, видения, в которых она чувствовала, что ее преследуют убийцы*. Она постоянно кричала: «Он придет туда...» (имелся в виду убийца). Окружающих она постоянно оскорбляла грязными словами. На какое-то время она успокаивалась, и тогда ей можно было поручать хозяйственные работы. В мае 1921 года ее выписали домой, но уже 1.2.1923 ее пришлось опять принять в больницу. Тогда она была беспокойной, угрюмой и ворчливой, много болтала и играла со своим калом ($d = 0$). Она жаловалась на то, что судьба к ней неблагоприятна. 12.8.1923 на пациентку находят *пориоманические* желания, она убегает из больницы, бродяжничает и возвращается назад только 29.11.1923. Она весело смеется над похождениями, совершенными во время бегства, речь ее представляет «окрошку» из слов. Настроение пациентки удрученное, память слабая. В 1924 25 годах она опять начинает работать и становится спокойней. Смерть матери (1.4.1925) вновь вызывает у пациентки спутанность сознания, она попеременно то плачет, то поет. Этот период *она очень подозрительно относится к своему окружению (Schp^h)*. Ее даже пришлось изолировать в отдельную палату, где она часто мочилась, не снимая одежды, и *размазывала свой кал по стенам (Schp)*. Такое состояние прекратилось через шесть недель. В марте 1926 г. ее состояние опять ухудшилось, стали появляться те же симптомы, что и год назад. Сознание ее совершенно спутано, она ведет себя вызывающе, ворует деньги и покупает на них сладости. В 1935 г. ей вдруг начинает казаться, что ее груди увеличиваются, она даже начинает верить в то, что забеременела (*hy!*). У пациентки сменяются спокойные и беспокойные состояния. В 1938 г. она опять начинает работать, спокойно спит. Но иногда начинает вести себя слишком шумно, оскорбляет других больных (*См¹, Schp^h*). До 1938 г. ее диагноз был Psychosis hysterica. И только в ноябре 1938 г. диагноз был заменен на Psychosis maniaco-depressiva. Она постоянно болтает, хвалит себя, говорит, что среди ее родственников было много художников; сама она стала актрисой, но так как она оказалась «не к месту», ей пришлось работать портнихой. Речь ее представляет из себя окрошку из слов, она путает даты, хотя довольно хорошо ориентируется, находясь в состоянии гипомании. 26.1.1942 г. она показывает лечащему врачу окровавленный носовой платок, говоря, что у нее было горловое кровотечение. Ее проводят в процедурный кабинет. При появлении врача она бросается на диван, ее конечности застывают, изо рта течет пена, она теряет сознание. (Этот приступ носит истеро-эпилептический характер). Она быстро приходит в сознание, бросает очки на пол и ломает футляр (*Pe hy*). В последующие месяцы она необычайно сильно шумит, любит наряжаться (*Sh^h См¹*). Она то спокойна, то сварлива, безмерно и неусдержимо разговаривает, смеется, поет. Но она уже начала работать, 10.9.1940 г. ее выписали из психиатрического приюта.

Таким образом, экспериментальный диагноз полностью согласуется с клиническими наблюдениями и диагнозом психиатрической больницы.

Поразительно, что пациентка *пережила почти все возможности судьбы класса Sh⁺, частично это происходило в действительности, а частично — в бредовых идеях*. Пациентка была актрисой, то есть ее профессия принадлежала наследственному кругу *hy*, у нее были, как мы видели по истории болезни, истероэпилептические приступы, а в какие-то периоды % порио- и клептоманические эпизоды, состояния сильной тревоги, в которых ей казалось, что ее преследует убийца, были и другие бредовые идеи преследования, она часто вела себя как больные параноидной шизофренией, при этом проявляя симптомы мании. На наш взгляд, в этом случае речь идет о шизомании, то есть о параноидной шизофрении; когда пациентка была моложе, ей ставили диагноз Psychosis hysterica, (*См¹, Schp^h* в качестве вентилей). Причиной ее заболевания было неудовлетворенное стремление к любви (*Sh^{III}/13*).

Мы показали обычный способ определения диагноза с помощью *метода линзу-са влечений*. Однако нужно помнить, что такой диагноз является только одной из возможностей форм судьбы.

ГЛАВА 21

ОПИСАНИЕ ВАЖНЕЙШИХ КЛАССОВ ОПАСНОСТЕЙ

I. Главный класс Sh

Класс латентной бисексуальности, неразборчивости в контактах

У представителей этого класса обычно существует два источника особой инстинктивной опасности:

1. Класс влечений Sh+

Класс латентной бисексуальности и инфантильной агрессии

Судьба влечений у представителей этого класса определяется неудовлетворенной потребностью в нежности и бисексуальностью.

Потерю объекта, который ранее обеспечивал их нежностью, такие люди пытаются компенсировать насилием. Конечно, это одна из тех потребностей, которые мы вынуждены признать самым обычным человеческим притязанием. Так что неудивительно, что наряду с классом St— именно класс Sh+ чаще всего встречается у психически здоровых людей.

Механизм влечений этого класса мы можем охарактеризовать следующим образом:

После потери праякта (матери или какого-либо другого прежнего объекта привязанности) люди этого класса впадают в мрачное состояние одиночества. Одиночество они могут выносить с большим трудом, поэтому они отправляются на поиски нового объекта, чтобы иметь возможность удовлетворить присущую им потребность в нежности. По этой причине мы встречаем у представителей этого класса почти постоянные реакции +h и +d. При поиске новых объектов такие люди могут поступать очень грубо и жестоко — реакция 0 s.

Здоровым индивидам удастся найти новый объект и «покинуть» класс Sh+. Больными остаются те люди, которые так и не смогли за свою жизнь найти объект нежности. Вся их жизнь проходит под знаком этой неудовлетворенной потребности. Нормальными фазами жизни, в которых люди пребывают в классе Sh+, являются следующие:

1. Дети в 5–6 лет; 2. Молодежь в 19–20 лет; 3. Взрослые в период климакса (41–60 лет); 4. Пожилые люди и старики между 70 и 90 годами (Линнеевская таблица влечений № 1с, рубрика II, в третьем томе этого учебника «Классификация людей ...»)

Патологическими возможностями судьбы этого класса прежде всего являются:

1. Подавленность, угнетенное состояние и тревога.
2. Пориомания, бродяжничество
3. Воровство, причем оно — особенно у детей и подростков — является возмещением (компенсацией) потерянного объекта нежности.
4. Кражи со взломом и убийства.
5. Эпилепсия или истероэпилепсия.
6. Параноидная депрессия.
7. Параноидная шизофрения или шизомания.
8. Наркомания.
9. Гомосексуальность
10. Сублимация одиночества и потери объекта нежности путем выбора homo sacer — призвания монаха, монахини, священника или садогуманистических профессий типа критика.

Очевидно, что после потери объекта нежности человек становится агрессивным. Агрессия эта направляется или на собственную персону (страх, эпилепсия, параноидная депрессия) или на окружающих людей (воровство, кражи со взломом и убийства). Лишь отдельные люди становятся способными на сублимацию (homo sacer-профессии).

Но то обстоятельство, что почти половина людей в некоторые периоды своей жизни принадлежит классу влечений Sh^+ , имеет и другую причину. Фактор h , как мы знаем, означает в нашей системе влечений еще и онтогенетически старейшую бисексуальную потребность. Именно эта бисексуальная потребность, которая в течение всей жизни остается неудовлетворенной в людях, и приводит к тому, что многие не могут покинуть столь онтогенетически древний класс Sh^+ . Для того, чтобы уйти из этого класса, другая потребность влечений должна быть еще сильнее в своей неудовлетворенности, еще динамичнее, чем онтогенетическое притязание на бисексуальность. Чаще всего таковой потребностью будет стремление к прочной привязанности. Поэтому наряду с классом Sh^+ именно класс Sm^- является наиболее распространенным классом среди нормальных людей (см. таблицу 15).

Распределение больных людей по классам влечений будет иным. Из 969 тяжелых случаев, попавших в новую базу данных, 536 относятся к классу опасностей и 433 — к вентильным классам. Среди классов опасностей преобладают: Phy^- (100 случаев), Sh^- (73 случая), Sch^k (49 случаев) и Sm^+ (48 случаев). Проранжированная частота вентильных классов будет той же самой: Phy^- (67 случаев), Sh^+ (66 случаев), Sch^k (39 случаев), Sm^+ (32 случая)*.

Остальные случаи фигурируют в классах с более низкой частотой встречаемости.

* Отделение нормальных вариаций класса влечений Sh^+ от патологических происходит при помощи формулы влечений. Для нормальных индивидов будут характерны следующие формулы влечений:

$ss\ ed\ ed\ ed$
 $hp\ hp\ hk\ mh$

2. Класс влечений *Sh-**Класс активного, воинствующего гуманизма*

Очень редкая, экстремальная вариация людей. Это — защитники всего, что только может быть «гуманизм». Их задача относится к сфере *humanitas militans*: миссионеры, сестры и врачи, исполняющие миссию по спасению человечества, монахи, писатели-гуманисты, врачи-гигиенисты, психологи, психиатры, психогигиенисты и т. д. Среди болезненных форм: паранойя, инфлятивный невроз, депрессия, в юности часто запущенность и беспризорность.

II. Главный класс *Ss**Класс садизма и мазохизма*

Опасность влечения здесь обусловлена неудовлетворенной потребностью в мужественности, а нередко и в садизме. Представители этого класса выдвигают притязание образовывать с партнером неразрывное единство, так называемый «дуалюньон», как это было когда-то с матерью: в таком дуалюньоне они играют то роль садиста (*Ss+*), то роль мазохиста (*Ss-*). Отношения дуальных партнеров всегда имеют садомазохистический характер. Дуальные партнеры мучают друг друга до смерти, и тем не менее они не могут отделиться друг от друга. Представители этого класса на время могут легко переходить в классы влечений *Sm-* или *Cd+*, а возможно и в класс *Pe+*; в таких случаях эти люди становятся гипоманиакальными, депрессивными или пуританами. Велика предрасположенность к заболеваниям влечений.

3. Класс влечений *Ss+**Класс «кротких как овечка палачей»*

Это хвастуны, пустозвоны и обманщики, «очаровательные болтуны»; но за их обаянием скрывается склонность к насилию и агрессии. Среди представителей этого класса мы встречаем много людей, не до конца развитых в сексуальном отношении. Они часто мечтают о боях на ринге, да и вообще любят спорт.

4. Класс влечений *Ss-**Класс дуалюньон, мазохизма, метатропизма**

У представителей этого класса роль определяющего характер или вызывающего болезнь корневого фактора играет неудовлетворенная потребность «быть мужчиной»

* Метатропизмом называется аномальное поведение, когда женщина играет активную роль, а мужчина — пассивную. См. книгу M. Hirschfeld. Sexuelle Zwischenstufen. Bonn, Marcus und Weber, 1918, S. 229

или неудовлетворенное агрессивное, а возможно, садистическо-мазохистское притязание. Опасность влечения здесь поддерживается и неудовлетворенной мужественностью или агрессией и садомазохизмом.

Для половой конституции представителей этого класса характерна интерсексуальность¹. В телесной конституции женщин заметны *маскулинные* (мужские) черты. У некоторых обнаруживаются *инфантильные* проявления и даже гермафродитические стигмы. Для мужчин этого класса тоже характерна интерсексуальная телесная конституция в том смысле, которое ей придает Матес. И женщины, и мужчины стремятся жить с партнером в *садомазохистическом дуалюньоне*. В отношениях к партнеру у них доминирует побуждение быть застигнутыми врасплох партнером, побежденными, изнасилованными (— s). Если этого не происходит, то они сами провоцируют партнера на то, чтобы тот обошелся с ними садистски. *Садомазохистическая направленность влечения является именно той цепью, посредством которой они привязываются к партнеру*. Без такого партнера они будут не способны ни работать, ни жить. Работать они могут только вместе с партнером или в непосредственной близости от него. Если дуалюньон распадается, вытесненная агрессия может из латентного состояния перейти в манифестное; в таких случаях женщины становятся мстительными амазонками. (В эксперименте мы обнаруживаем позитивную реакцию в факторе S, испытуемые переходят в класс Ss*). Нередко мстительность проживается у женщин в форме нимфомании, а у мужчин — в гомосексуальном флирте. Было бы неправильным предполагать, что за нимфоманией скрывается гиперсексуальность. У этих женщин нимфомания является только соответствующей формой гипоманиакальной реакции. После катастрофы дуалюньон они становятся патологически одинокими, отторгают весь окружающий мир, хватаясь то за одно, то за другое, суетятся — именно так ведут себя *гипоманиакальные* люди. В этом состоянии женщины довольно часто выдают в эксперименте реакции, типичные для класса влечений St⁻. (Один из примеров читатель найдет в таблице 14 и на рисунке 19.) С позиции психологии влечений классы Ss⁻ и St⁻ тесно связаны друг с другом.

Представители Ss⁻-класса пытаются возместить потерю дуального партнера еще и посредством безмерного поглощения пищи, пьянства, болтовни, курения, нередко посредством употребления наркотиков. Свое стремление к прочной привязанности они проживают в орально-садистической форме. Другие представители класса Ss⁻ пытаются спастись от опасности влечения дуалюньон посредством *анальной* практики (например, анального онанизма или анальных впрыскиваний в толстую кишку, проводимых в ритуальной форме). В этой фазе после Ss⁻ и St⁻-классов эти люди часто переходят в класс «пуритан», пытающихся «обелить себя», оправдать, очиститься, то есть в класс Re⁺. Но как только они опять находят для себя соответствующего дуального партнера, они сразу возвращаются к садомазохистскому классу Ss⁻. Этот класс является их изначальным и постоянным классом влечений. St⁻ и Re⁺-классы они используют только в качестве вынужденных выходов из распавшегося садомазохистского дуалюньона. За желанием дуалюньона часто скрываются инцестуозные притязания влечения или латентная гомосексуальность, которая

¹ Mathes, P.: Die Konstitutionstypen des Weibes, insbesondere der intersexuelle Typus. Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes. 1924.

проявляется в мечтаниях о подруге, учительнице, в полную власть которых они отдаются. Мужчины редко инвертируют цель своего влечения, оно всегда приводит их только к мазохистическому направлению влечения (метатропизм).

Характерными *сексуальными картинками* этого класса являются: $S0-$, $S\pm-$, реже $S+-$, $S0\pm$, $S+0$. Сексуальную картину $S0-$ дают те люди, которые пытаются социализировать свой мазохизм. Реакция $S0-1$ у детей и взрослых является неблагоприятным знаком. У детей эта реакция будет означать псевдодобильность. Сексуальная картина $S+-$ или $S\pm0$ характерна для случаев мазохизма, когда используются механизмы навязчивости.

Аффективная жизнь членов класса $Ss-$ характеризуется стремлением к социализации и сублимации. Эти люди в экстремальной форме желают быть добрыми, справедливыми, милосердными, а иногда и кроткими. Очень часто они бывают скованными и стыдливymi. В фазе гипомании они часто эксгибируют. Но чаще всего им приходится сражаться с чувством собственной неполноценности. Они хотели бы прожить свою жизнь нравственно, но такое им удается только в негативной S -фазе. При гипомании ($St-$) они превращаются в «чертей», часто совершают преступления или становятся сексуально неустойчивыми ($0e, 0d, -k$).

Их *картинной аффектов* является $P+\pm$, то есть «Авель», выносящий себя на всеобщее обозрение. Люди, обремененные навязчивыми импульсами, дают картину $P\pm0$; социализирующиеся люди выдают картину чистого «Авеля»: $P+-$. Наиболее тяжелые больные показывают реакцию $P\pm\pm$ или $P++$; у мстительных мы встречаем: $P-\pm$.

В зависимости от имеющихся возможностей социализации изменяется и картина *сферы Я*. Здоровые представители класса $Ss-$ способны разрешать сексуальные дилеммы ($\pm h, -s$) в сфере Я; тогда эти люди выдают эго-картины $Sch++$ или $Sch+\pm$, превращаясь в гипер-рационалистов, навязчиво обсуждающих, интерпретирующих все свои иррациональные стремления и побуждения, часто пугая окружающих. Из-за своего нарциссического, обладающего Я женщины становятся просто невыносимыми.

Те, кто борется с навязчивыми импульсами, часто дают эго-картину $Sch\pm0$ или $Sch-0$; а нарциссичные люди, полностью ушедшие в профессию, — картину $Sch+0$. В фазе гипоманиакальной реакции они показывают эго-картины инфляции: $Sch0+$, $Sch--$. Появляется и картина смены Я $Sch00$, особенно у латентно гомосексуальных женщин. Те, у кого Я снижается в шизоформном направлении, выдают аутистическую эго-картину $Sch+-$.

Судьба контактов определяется потребностью в дуалюньон. Если кому-либо удается социализировать свои притязания в профессии, то он остается здоровым. Но все равно эти люди столь сильно закливаются на работе, на работодателе или на руководителе рабочей группы, что они словно бы превращаются во вьющееся растение, сросшееся со стволом. Слишком часто представители класса $Ss-$ выбирают для себя агрессивных, напористых начальников, которые их постоянно подавляют, позорят, унижают. Картина контактов в этом случае: $C--$. Больные индивиды опускаются и становятся нетрудоспособными, бездеятельными в своем несчастье. Другие полностью отдаются невыполнимому желанию постоянно пребывать в объятиях партнера; тогда мы обнаруживаем картину контактов $C00$. При гипомании характерна картина $C0-$, а при анальном эротизме — $C\pm0$, $C+-$.

Среди профессиональных выборов представителей Ss--класса преобладают следующие: воспитательница в школе и в детском саду, няня, представитель служб социального попечения, педиатр, детский психолог или психиатр и т. д. *Дуалюньон*, из которой они были изгнаны, они пытаются воспроизвести в социализированной форме во взаимоотношениях с ребенком. Теперь они будут позволять детям мучить себя, причем в такой форме, какая присуща была их прежнему неверному дуальному партнеру, или же они сами будут мучить детей. Выбираются и эксгибиционистские профессии типа танцовщицы, певицы, музыканта.

Болезненными возможностями судьбы являются: невроз навязчивости, параноидный невроз, предрасположенность к нимфомании, гипомания, фригидность, импотенция, анальный эротизм, а в наиболее тяжелых случаях — параноидная шизофрения и шизомания, у детей — псевдодебилность, *dementia praecoxissima*.

III. Главный класс Re

Класс латентного «Каина»

Опасность влечений здесь обусловлена неудовлетворенностью каинитских притязаний, накоплением притязаний на проявление ярости, ненависти, гнева, мстительности, зависти и ревности. Наиболее частым вентилем влечений будет анальный (*d*) — побуждение все «очищать». Такие люди пурифицируют (очищают) стиль, язык, понятия, литературу, науку, искусство, этику и т. д. Им присуще внутреннее побуждение все критиковать и морализировать. Другим, часто используемым запасным выходом является у них *k*-вентиль; поэтому здесь встречается нарциссизм, натянутость и чопорность, как в поведении, так и в мышлении.

5. Класс влечений Re+

Класс пуританства и морализма. Класс «самооправдания»

Среди всех классов влечений класс Re+, как в отношении происхождения, так и в отношении клинических и психологических проявлений его представителей, является наиболее целостным. Среди родственников представителей этого класса мы чаще всего находим индивидов эпилептоидного, параноидно-эпилептоидного характера, а возможно, и больных генуинной эпилепсией. Но сами члены этого класса являются лишь носителями эпилепсии и паранойи.

Корень характера или заболевания влечений у представителей Re+-класса мы обнаруживаем в неудовлетворенной эпилептиформной потребности.

Внешние характеристики вряд ли что-нибудь скажут об эпилептиформной кондукторной природе представителей этого класса. Это будут люди с тонкими, изящными чертами лица и красивым телом, выглядящие скорее астенически, лептосомно, а не пикнически или грубо-атлетически. У них грациозное, прекрасное строение тела, часто с женскими особенностями, это скорее всего связано не с вы-

тесненной эпилептиформной конституцией, а с *манифестной k*-структурой. Внутренний водоворот влечений вызывается эпилептиформным ядром.

Некоторые люди пытаются найти выход из такого водоворота влечений в «святых профессиях» (монах, судья, врач и т. д.), другие же «застревают» на испражнениях и нечистотах. Социализированные люди становятся моралистами, пуританами, одержимыми желанием все очищать. Так они начинают «подчищать» язык, совершенствуют мораль, литературу, стиль и искусство, стремятся улучшить людей и общество. На низших ступенях развития это стремление к очищению приводит к выбору таких профессий, как подметальщик улиц, работник химчистки, чистильщик шкур, мойщик окон и т. д. Стремление к очищению, по-видимому, связано с тем, что наиболее частым запасным выходом из эпилептиформного круга влечений как раз и является анальный *d*-вентиль. В соответствии с опытом, именно стремление очищать является лучшей формой для социализации анальной потребности.

Во внешнем проявлении эти люди являются кроткими, как овечки, до мучительности чистыми натурами «Авеля», стремящимися служить человечеству с полным самопожертвованием; но за свои «чистые» стремления они ожидают для себя больших почестей и наград (по меньшей мере памятной доски на доме, в котором родились).

Некоторые члены *Pe+*-класса настолько сильно сексуализируют происходящую от неудовлетворенного эпилептиформного корня агрессию, что умудряются направлять свою половую жизнь в анально-садистическое, анально-эротическое направление.

Таким образом, они сексуальным путем проживают остающуюся у них энергию эпилептиформной каниновой натуры, которую им не удастся удовлетворить социальным путем «очищения». С учетом предпочтения ими анальных запасных выходов становится понятно, почему женщины *Pe+*-класса столь часто любят делать себе клизмы. В подростковом возрасте такие люди часто бывают анальными онанистами, нередко они занимаются копрофильной практикой, например, копрофагией* и т. д. В школьном возрасте это «зажимальщики, подавляльщики», а за этим мы должны искать анальный характер. («Подавлять, зажимать» как дословно, так и физиологически тесно связано с анальностью.) Именно тягой к анальности мы и объясняем стремление к чистоте, к очищению.

Из анального характера представителей класса *Pe+* следует их педантичность, строгое распределение ими времени и денег, точный распорядок жизни. Все непристойное они презируют. Их поведение излучает совершенно особую «праздничность», за которой всегда ощущается и что-то не совсем чистое. (По-видимому, это связано с глубинно-психологическим отношением между факторами *e* и *d*.)

Тесная связь существует и между классами *Pe+* и *Schk*. Эти два класса часто сменяют друг друга. Нередко испытываемые принадлежат сразу обоим этим классам (близкватный *Pe+*- и *Schk*-класс.). Поэтому некоторые черты представителей *Pe+*-класса мы выводим из признаков *Schk*-класса, например, причудливые позы, навязчивые импульсы, особый стиль речи и совершенно своеобразную пасторальную музыкальность языка.

* Копрофагие (греч.) — пожирание своих экскрементов.

Тесная генетическо-биологическая взаимосвязь эпилепсии и паранойи объясняет, почему члены $Pe+$ -класса очень часто являются и p -кондукторами. Но потребность в расширении сферы Я, в инфляции иамного легче манифестируется в качестве эпилептиформного фактора. Такие черты характера, как стремление быть «великим человеком», открыть что-то новое, осуществить что-нибудь вечное, являются у представителей $Pe+$ -класса чертами параноидной природы. Часто такие люди бывают ипихондриками (с параноидным страхом смерти).

О четырех векторных реакциях можно сказать следующее:

1. Наиболее частой *сексуальной картиной* являются: $S \pm 0$, особенно у мужчин, принадлежащих к этому классу; $S + -, \pm -$ у женщин; $S + + -$ у тех, кто продолжает подавлять и зажимать себя во времени обучения в школе. Такие люди страдают латентным анальным онанизмом, анальным эротизмом, гораздо реже — копрофилией. Из-за неудовлетворенной анальной эротики они часто становятся фригидными.
2. В *этическом векторе* доминирует «Авель»: $P + \pm, + 0, + -$; эти люди стремятся быть добрыми, чистыми, кроткими, часто и святыми; они сентиментальны, живут чувствами: $P + +, P + \pm$; другие люди постоянно пребывают в панике и страхе: $P - -, P - 0$. Они часто полностью разряжают свои аффекты: $P 0 0$.
3. *Сфера Я* использует вытеснение и подавление для защиты от эпилептиформных и анальных потребностей: $Sch - 0$ или $Sch - +$ являются здесь наиболее частыми картинками Я. Дети, страдающие из-за «давления школы», выдают $Sch - -$ или $Sch \pm -$ реакции. Нередко мы обнаруживаем и эго-картину смены Я: $Sch 0 0$.
4. *Картина контактов* зависит от возраста и от степени социализации членов этого класса. Дети и взрослые, фиксированные на инцестуозной ступени влечений, часто выдают инцестуозную $C - +$ -картину контактов. Это действительно «застывшие» натуры, неспособные покинуть прежний объект, которым они когда-то овладели, независимо от того, будет ли этот объект персоной (например, матерью, отцом, женой или другом) или вещью. Больше всего они хотели бы постоянно обладать всеми люди и всеми ценными объектами, к которым они были привязаны и желают оставаться привязанными всю жизнь. *Застывание на прежнем объекте* является одной из главных черт представителей $Pe+$ -класса, хотя это зависит и от d -потребности. В период сепарации у них обнаруживается контактная картина $C \pm 0$; а если они стали совсем одинокими, то наблюдается $C 0 -$, то есть гипоманиакальная картина.

Только при «подавлении» и клептомании наблюдается картина контактов $C + -$.

Возможностями судьбы класса $Pe+$ являются: 1) морализм и пуританство; 2) параноидный невроз страха; 3) «образцовое подавление»; 4) ипихондрия; 5) конверсионная истерия (с биеквивальным классом $Pe+$ и $Schk$); 6) клептомания, пориомания, заикание, а часто и танатомания в качестве эквивалента эпилепсии; 7) гомосексуальность; 8) инфлятивный параноид, сутяжничество (кляузничество).

6. Класс влечений *Pe-**Класс латентной эпилепсии и анального эротизма*

Предрасположенность к следующим болезням: психопатия, суицидальная опасность, наркомания, анальная гомосексуальность, педерастия*, копрофилия, параноидная истерия страха (пароксизмальная тахикардия), механизмы навязчивости, пориомания, клептомания и другие эквиваленты эпилепсии, депрессия. Почти наверняка можно говорить об эпилептиформных корнях, если мы обнаруживаем избыточность в e ($-!e, -!!e$).

IV. Главный класс *Phy**Класс латентного эксгибиционизма*

Опасность влечений здесь обуславливается стремлением постоянно быть на сцене, выставлять себя на всеобщее обозрение, эксгибировать, быть женщиной, показывать себя в одеждах другого пола (трансвестизм), поражать свое окружение, а часто и самого себя. Наиболее частыми вентильми влечения являются пассивная гомосексуальность и паранойя.

7. Класс влечений *Phy +**Класс «духовников». Класс сублимированного метатропизма*

Такие люди социализируют свое стремление выставлять себя на обозрение в качестве духовников, то есть монахов, монахинь, самаритян, да и вообще homo sacer; на более низких ступенях мы встречаем таких людей в обслуживающих профессиях типа парикмахера, дамского и мужского портного, маникюрши и педикюрши, камердинера, горничной (камеристки) и т. д.

Патологические формы существования: мания величия, шизофреническое властолюбие, корыстолюбие, жадность и алчность, эпилепсия, наркомания, гомосексуальность.

6. Класс влечений *Phy-**Класс латентного гомосексуализма, истероэпилепсии и паранойи*

Представители этого класса живут в опасности влечений из-за того, что они неспособны полностью удовлетворить свое стремление *проявить себя в роли человека другого пола*. Неудовлетворенный фактор *hy* определяет их характер и форму заблуждения. Представители класса *Phy-* чаще всего имеют в роду больных манифестной

* Мужская гомосексуальность, любовь к мальчикам (греч.).

истерией; сами они могут периодически продуцировать в своей жизни *истерические или истерозипилептические приступы*, их потребность играть роль представителя другого пола, стремление к инверсии сексуальной цели настолько велики, что им никогда до конца не удается их удовлетворить.

Мужчины — представители класса *Phy-* являются врожденными *метатропистами, мазохистами*. Чаще всего оценивающее Я одобряет инверсию сексуальной цели, а нередко они даже открыто проживают свои гомосексуальные, садомазохистские потребности, хотя до конца это их не удовлетворяет; они желают и физически, и психически быть точно такими же, как женщины, чтобы на сцене реальной жизни самим проявиться как настоящие женщины. Так как это невозможно, они изменяют свое Я и нередко страдают параноидным неврозом, а возможно, и параноидной шизофренией. У тяжелобольных представителей этого класса мы, наряду с параноидным изменением Я, обнаруживаем пароксизмальные, криминальные симптомы, например, патологическую тягу к путешествиям (пориомания) или клептоманию, а также эпилептиформные приступы.

Четыре векторные реакции отражают инстинктивные процессы, происходящие с представителями класса *Phy-*.

В области *сексуальности* наиболее часто они выдают классическую картину инверсии цели влечения, метатропизм: $S + -$; $S + \pm$ (мужчины); $S 0 \pm$ (подростки); $S - +$ (женщины). Если партнер отклоняет возможность гомосексуального сближения, то они становятся агрессивными: $S 0 +$. Две главные черты сексуальности: *инверсия цели влечения* и *садизм* сохраняются и в параноидной фазе.

Наиболее частыми *картинами аффектов* являются $P 0 -$, то есть параноидная картина аффектов, или $P \pm -$ (навязчивая картина аффектов). Последняя *P*-картина указывает на существование садистической потребности ($- \sigma$), несмотря на наличие притязаний «Авеля» ($P + -$); кроме того, больной постоянно живет в состоянии тревоги ($P - -$).

На основе *картин Я* можно довольно легко отделить друг от друга две ведущих возможности судьбы.

В обоих случаях мы часто встречаем картину брошенного Я $Sch 0 \pm$. Однако параноидные люди нередко регрессируют на более раннюю ступень развития Я и выдают эго-картину $Sch + -$ или даже $Sch 0 -$. В обоих судьбах появляются картины смены Я $Sch 0 0$. Часто обнаруживаются попытки укротить параноидную инфляцию посредством отрицания: $Sch - +$ или $Sch - 0$. Но предпараноидное Я выдает себя появлением эго-картин $Sch 0 \pm$, $+-$, $0 0$.

Картиной контактов у пассивно гомосексуальных представителей *Phy-*-класса является $C + +$, $C + \pm$, то есть билатеральная, бисексуальная картина контактов. Психологические формы судьбы: *психопатия, лживость, криминальность*, конверсионная истерия, заикание, *эпилепсия*, пассивная гомосексуальность, *паранойя, гебоид*, наркомания, суицидальная опасность. Предпараноидные подростки дают картину $C - -$, $C \pm \pm$ или $C - +$. Садистические гомосексуалисты, борющиеся в своем параноидном изменении Я с мыслями об убийстве, показывают картину недоверия в контактах $C + -$.

Направление при *выборе профессий* определяется частично фактором *hy* (актер, «святая» профессия) или факторами *h* и *p* (портной, скорняк, парикмахер, маникюрша и т. д.).

Возможности судьбы этого класса можно найти в линнеевских таблицах влечений (таблица VIII). В этой таблице фигурируют следующие болезни влечений: 1) пассивно-женственная гомосексуальность; 2) подростковая паранойя или параноидная шизофрения, эпизодическая истерия и истероэпилепсия, криминальность.

V. Главный класс Schk

Класс латентного ограничения Я

Опасность влечений у представителей этого класса вызывается неудовлетворенным ограничением сферы Я, эгосистолой, которой обуславливаются остающиеся латентными эгосистолические, кататонические притязания. Такие люди не способны проживать эту потребность в ее изначальной форме, а именно, «герметически закупориваться» от окружающего мира, чтобы постоянно проводить эгоидную жизнь «в темнице» своего Я. Вместо этого они часто используют запасные выходы нарциссизма, обладания, деперсонализации, отчуждения, молчания, или же прячутся за маниакально-депрессивной «маской» с параноидной симптоматикой. В большинстве случаев мы обнаруживаем *инцестуозную связь* (дуалюньон) между сыном и отцом, дочерью и матерью, а возможно, и между однополыми сибсами. Именно эта инцестуозная связь и мешает нормальной идентификации. Патологическая идентификация превращает таких людей в чудаков, одиночек, молчунов. Здоровые люди этого класса часто становятся нарцисстичными фарисеями, лицемерами, ханжами, притворщиками и двуличными людьми.

9. Класс влечений Schk+

Класс нарциссизма и стремления к обладанию

Главными чертами характера здесь являются: *мучительная педантичность, трезвость, рационализм, формализм, натянутость и чопорность, отсутствие гибкости, резкость и черствость, скупость на слова, холодность в проявлениях чувств, страсть к обладанию, неспособность сопереживать другим людям, идентифицироваться с ними, нарцисстичный выбор объектов, аутопсихический резонанс, эгоидное, эго-пристрастное поведение, нарциссизм, эгоцентричность, эгоизм, служение своей сфере Я вместо служения объекту, отсутствие корней, упрямство, фарисейство, ханжество и лицемерие*. Такие люди предпочитают следующие профессии: профессор, логик, математик-теоретик и физик-теоретик, консервативный этик, мыслитель и эстет, концентрирующиеся на формальной стороне, «бездушный» психиатр и психолог, воспитатель, любящий прибегать к методам принуждения, солдат, служащий полиции, партийный лидер. В случае психических заболеваний такие люди страдают аутистической перверсией: садизм, мазохизм, эксгибиционизм, нарциссизм, фетишизм, шизофрения и т. д.

10. Класс *Schk*—

Класс мечтательности и молчаливости, деперсонализации и отказа, разрушения и саморазрушения

Представители этого класса, как правило, имеют в роду случаи кататонии, а нередко и кататонической шизофрении. Членов их семей часто можно охарактеризовать как эгоцентричных, эгоистичных шизоидов, сдержанных и холодных «Нарциссов», недисциплинированных, замкнутых аутистов, асоциальных людей, страдающих неврозом навязчивости, ипохондриков, манерничающих чудаков, ирреальных, чуждых жизни персонажей.

Представители класса *Schk*— сами не являются шизоидами, они только носители патологических эгосистολических потребностей. Но в детском и подростковом возрасте они нередко могут показывать шизоидные черты; они *редко говорят, замкнуты*, не желают (или не могут) хорошо учиться в школе и *живут в нереальном мире сновидений*. Но с годами они начинают жить в реальности и проявляют или конверсионно-истерические черты, или «псевдо» циркулярные, маниакально-депрессивные симптомы. В депрессивной фазе такие люди становятся параноидными, пугаются окружающих, а в маниакальной, наоборот, отличаются мегаломаннакальной (с манией величия) спешкой.

Более подробный анализ показывает, что эти люди на самом деле так и остались *мечтателями*. Словно пугливые, чуждые жизни, нерешительные, застенчивые дети, они тщетно пытаются отыскать свое место в жизни. Они уединяются и неделями остаются в своей комнате, часто даже в своей постели, полностью пребывая в нереальном мире сновидений. Как и дети, они крепко привязываются к каждому, кто о них заботится. Клинические врачи часто ставят им диагноз «депрессия», хотя живут они только в «призрачной депрессии», погруженные в аутистичный мир фантазии, где они *аутистически* удовлетворяют все детские потребности, которые им никогда не удается реализовать в жизни. Несмотря на это, они редко становятся манифестными шизофрениками или заболевают неврозом навязчивости. Спустя какое-то время они покидают свою постель, то есть ирреальный, аутистический, сновидческий мир, опять появляются в реальном мире, опять зарабатывают деньги, им даже часто удаются блестящие торговые сделки, а затем снова погружаются в свой ирреальный мирок.

Реальный мир, в котором они до того в спешке гонялись то за одним, то за другим, неожиданно становится для них чуждым. И не только окружающий мир, но и свое тело; их «прежнее Я» отчуждается от них. Они уединяются в «деперсонализированный» мир и продолжают жить фантастической, аутистической «чуждой» жизнью, за пределами повседневности.

При поверхностном взгляде они действительно производят впечатление циркулярных людей. Но при глубинном и экспериментальном анализе влечений выявляется их аутистическая, шизоформная, ограничивающая, эгосистическая натура, и особенно сильная предрасположенность к периодической деперсонализации. Тотальное отчуждение от прежнего Я является характерным для представителей класса *Schk*—. Они *отрицают* реальный мир.

Сексуальность этих людей серьезно нарушена. Часто они оказываются фиксированными на инцестуозной, детской ступени влечений, у других представителей этого класса обнаруживается инверсия сексуальной цели влечения. Но почти никогда мы не встречаем здесь манифестной гомосексуальности, свои гомосексуальные притязания они чаще всего

проживают *проективно* посредством того, что они слишком легко обвиняют других в гомосексуальности. Мужчины этого класса легко берут на себя роль заботящейся «матери». Женщины, напротив, нередко считают себя детьми, жизнь которых предназначена исключительно для удовольствий. Им присуще детское любопытство, с которым они наблюдают за сексуальными отношениями своего окружения. Они почти всегда кого-нибудь подкарауливают, чтобы подсмотреть за интимнейшими отношениями людей. Мы часто обнаруживаем у них сексуальную картину $S + ! + !$ с высоким количественным напряжением и с ревнивой, завистливой эго-картиной $Sch - \pm$.

Более интеллигентные представители класса $Schk -$ дают в сексуальности картины $S - -$ или $S + -$, но часто *негативная s-реакция* показывает и у культурных людей экстремальное количественное напряжение ($s = -4, -5$), как правило, в сочетании с покинутым Я ($Sch 0 \pm$). Эта эго-картина выявляет, с одной стороны, страстное желание найти потерянный дуалюньон, а с другой — встраивание бисексуальности в сферу Я ($\pm p$). Учителя и профессора, относящиеся к этому классу, также могут давать картину $Sch + 0$ или $Sch + +$. Представители разбираемого класса могут быть «обаятельными» воспитателями с латентным садизмом. Эго-картина $+ 0$ также выявляет их глубоко личное отношение к значимым объектам окружающего мира — такие люди любопытны, что отчасти и побуждает их получать хорошее образование. Молодые девушки из этого класса часто выходят замуж за богатых пожилых мужчин, расплачиваясь своими деньгами за юношей, которых они любят. Мужчины из этого класса нередко привязываются к проституткам или незаконно живут с замужними женщинами, взяв на себя все заботы о хозяйстве.

Степень *картины аффективности* зависит от степени социализации. Интеллигентные люди часто переполнены аффектами: $P + +$; клинически они нередко продуцируют истерический безудержный плач, обращение агрессии на собственную персону, мазохистские самообвинения, суицидальные попытки. Некоторые пытаются вести кроткую жизнь.

Вульгарная альтернатива ($S + +$) чаще всего обуславливает жизнь в страхе и панике: $P - -$ или $P 0 -$. Последняя P -картина указывает на параноидно-гомосексуальную инверсию цели влечения, что редко можно обнаружить в сексуальной картине. Кажущиеся кроткими люди показывают аффективные картины: $P + -$; $P \pm \pm$. В принципе можно сказать, что представители класса $Schk$ в качестве запасного выхода наиболее часто используют P -вентиль.

Состояние Я определяется *инверсией идентификации*. Девочки идентифицируются не с матерью, а с отцом, который часто ведет распутную жизнь. Мужчины встраивают в модель Я не образ своего отца, а чаще всего нарциссичную, эгоистичную, недисциплинированную мать, которая обычно копирует жизнь девочки-подростка. Бывает и так, что представители этого класса одновременно идентифицируются с обоими родителями, и тогда они переживают в своем Я ту же борьбу, которую ведут в своих переживаниях родители непосредственно на глазах у детей. Борьба между двумя Я-идеалами приводит к тому, что F - и M -эго* будут постоянно сменяться. На периферии жизни влечений редко наблюдаются дилеммы, борьба в основном происходит на внутреннем фронте Я. Именно Я-дилеммы, борьба между F - и M -эго, делает этих

* F — фемининное, женское Я. M — маскулинное, мужское Я.

людей неадаптированными к реальной жизни, поэтому они уединяются в ирреальный мир сновидений. Реальная жизнь чужда им, периодически или постоянно. Словно плохие актеры, они «бродят» по жизни, подсматривая за одаренными коллегами, чтобы видеть, как нужно правильно вести себя на сцене жизни, как нужно мечтать и любить. Представители класса *Schk-* действительно являются образами из царства теней, плохо замаскированными, ни на что не годными актерами на сцене реальной жизни. Они и сами это осознают, теряют бодрость и смелость, прячутся в свою комнату и свою постель, проводя свою ирреальную, аутистическую жизнь вдали от шума и суеты повседневной жизни. Когда же они вынуждены появиться среди людей, что бы они ни делали или говорили, кажется им чуждым. В фазе деперсонализации они испытывают страх, что станут безумными. Их действительным Я является скрытое + *k*-эго, которое закрывается от реальности; именно это Я они не могут реализовать в действительности. По этой причине они столь часто и при любой возможности уходят в теневой мир этого скрытого Я от «чуждого» для них Я, которое действует на сцене жизни, реагирует, зарабатывает деньги, любит и ненавидит. С таким Я они не способны идентифицироваться. В фазе деперсонализации такие люди скованны, выдают эго-картину *Sch - +*, но их наиболее частой картиной Я является *Sch - ±*, которое отражает их ревность, их завистливость, отрицание своей брошенности и обращение агрессии на свою персону. Такую картину Я дают и отчаявшиеся в своем одиночестве убийцы, также относящиеся к классу *Schk-*. Наиболее частой картиной Я интеллигентных, гуманизированных представителей этого класса является Я опасностей *Sch + +* или *Sch + 0*, так что и принадлежать они будут к классу *Schk+*. Этот класс, названный нами «классом нарциссизма и стремления к обладанию», представлен главным образом консервативными, аутистическими учителями и профессорами, психологами и психиатрами.

Картины контактов представителей класса *Schk-* соответствуют низкой ступени, на которой они остаются зафиксированными. Картина контактов *S 0 0* указывает на то, что эти люди хотели бы всю жизнь сидеть на коленях матери, испытывая счастье, а *S + +* говорит о предрасположенности к бисексуальности или о инверсии влечения. То обстоятельство, что они почти никогда не дают «взрослую» картину контактов *S 0 +*, хорошо иллюстрирует сказанное не раз об ирреальных, аутистических отношениях с миром. Но яснее всего это видно в картине контактов *S - -*, то есть в картине ирреальных контактов с миром. Интеллигентные люди показывают картину контактов несчастливости *S 0 ±*, а асоциальные испытуемые дают гипоманическую картину связей *S 0 -*, параноидно-депрессивные — *S + -*; *S + ±*, а люди, страдающие неврозом страха, — *S + 0*, *S +*, и гораздо реже — картину контактов *S + +*.

Профессиональный выбор отражает характер *hy-*, *k-* или *k-*, *h*-факторов. Такие люди хотели бы стать актерами, профессорами, солдатами, директорами лечебных учреждений или отелей; предпочтительны и профессии аптекаря, косметолога. Почти все выбираемые профессии дают им возможность удовлетворить нарцисстическое стремление к обладанию.

Возможности судьбы этого класса: ипохондрия с почти полной неспособностью работать; коинверсионная истерия; псевдомания (нимфомания), чаще всего сопровождающаяся асоциальностью (*Pseudologia phantastica*, клептомания и т. д.); кататония, параноидная депрессия; эпилепсия; убийство с целью ограбления или под действием сильных аффектов; истериформное самоубийство; параноидный невроз страха, алкоголизм и другого рода *аутодеструкция*.

VI. Главный класс Schp

Класс латентного расширения Я, инфляции

Класс опасностей здесь обусловлен неудовлетворенным расширением Я, неудовлетворенной инфляцией. Так как представители этого класса не способны реализовать ощущаемую гениальность, мегаломанию, властолюбие, они часто позздают в параноидный водоворот влечений, из которого пытаются спастись путем пароксизмально наступающих, часто доходящих до неистовства, истерических припадков, с помощью навязчивых мыслей, и даже периодических сумеречных состояний, а также истериформных мыслей о самоубийстве. Как мы видим, такие люди предпочитают вентиль истерозпилептической природы. Душевнобольные в этом случае будут продуцировать инфляционный бред: эротоманию, мегаломанию, сутяжничество и религиозный бред.

11. Класс влечений Schp+

*Класс непризнанного величия с настроенностью на убийство**

Представители этого класса являются носителями паранойи. Но так как эти люди не способны социализировать свою *эгодиастилическую*, инфлятивную потребность в профессии или удовлетворить ее в форме какой-либо болезни, они пытаются избавиться от опасности *p*-влечения другими путями:

- 1) *истериформное, сумасбродное поведение* с периодически наступающим сумеречным сознанием, со ссорами и скалдальми;
- 2) *настроенность на убийство*, которая сдерживается с помощью механизмов навязчивости; чаще всего здесь будет желание убить отца или мать, или того, кто стал их замещать;
- 3) бешеные, неистовые истерозпилептические *приступы буйного помешательства*;
- 4) истериформное обращение агрессии на самого себя: *суицидальные попытки*, при которых человек может поджигать одежду, глотать яд, причем по возможности это будет происходить на глазах у людей;
- 5) наркомания;
- 6) клептомания; причем воруют эти люди у тех, кто их «преследует», то есть чаще всего у своих родителей или у тех, кто их заместил;
- 7) эротомания, мегаломания, сутяжничество и религиозный бред;
- 8) логорея**;
- 9) инфлятивная психопатия.

Паранойя не всегда проявляется у таких людей манифестно, да и остальные упомянутые вентили влечений используются ими только периодически. Однако

* В первом издании это класс «испорченных гениев» и «убийц родителей».

** Повышенная болтливость у душевнобольных.

латентное параноидное ядро их психической структуры только с виду кажется мертвым, оно продолжает работать от рождения и до самой смерти, делая несчастливыми и своих носителей, и их окружение. Кондукторы фактора p почти все антисемейны, асоциальны, а часто и антисоциальны. Они совершенно не способны находиться в рамках семьи или общественного класса. Почти всегда такие люди находят кого-либо из членов семьи, который, как они полагают, намеренно их тормозит, чтобы только не проявилась их гениальность. Поэтому у них появляется желание убить человека, мешающего их «расцвету». Это «каиниты», у которых мстительность появляется из-за патологического чувства ревности, уязвленного нарциссизма, лишения прежней нежности, а часто и бредовой идеи о том, что кто-то препятствует их карьерному росту. Их внутренней борьбой руководят мотивы, происходящие из инстинктивных потребностей e , p , s и d . (Паранойя на эпилептическом фундаменте.)

Некоторые представители этого класса манифестно проживают потребность e и вытесняют параноидные притязания. В этом варианте класса *Schp* часто продуцируются неистовые истероэпилептические сны, периодические сумеречные состояния. Формула их влечений — $\frac{e}{p}$. Другие люди будут вытеснять как потребность e , так и притязания p , защищаясь от параноидно-эпилептиформных притязаний посредством навязчивых механизмов. Формула влечений — $\frac{k}{ep}$.

И действительно, будет очень трудно обозначить их состояние каким-либо диагнозом. Чаще всего такие люди обладают очень четкой логикой, и часто создается впечатление, что они гениальны. Примечательно, что даже люди с интеллектом ниже нормального уровня, почти слабоумные представители этого класса одарены в какой-либо области (математика, музыка, рисование и т. д.) Периодически такие люди впадают в неистовые припадки ненависти, гнева, мстительности, желания совершить убийство, так что приходится их интернировать. В лечебном учреждении им чаще всего ставят диагноз «препараноидное состояние», «истероэпилептическая психопатия», «параноидная псевдоимбецильность». Но ни один из этих диагнозов не будет верным, так как за истероэпилептическим, псевдодебильным поведением скрывается неудовлетворенная эго-расширяющая, эгодиастолическая потребность p . То же самое относится и к эпилептиформной структуре влечений, которая тоже почти никогда не манифестируется в форме действительной эпилепсии.

Половая жизнь чаще всего инвертирована; часто эти люди поздно созревают в половом отношении, возможны бисексуальные тенденции, онанизм, анальный садизм. Женщины выдают свою латентную гомосексуальность в векторных картинах $S - \pm; 0 +; - +$. Люди, страдающие неврозом навязчивости, показывают реакции $S \pm 0; \pm -$ или $0 -$; а садисты — $S 0 +$. Тот факт, что они ненавидят родителей, свидетельствует о сохранности инцестуозной связи с ними. Здесь следует упомянуть, что в классе *Schp* фигурирует группа сексуальных преступников. (Случаи намеренного убийства, нанесения увечий, поджоги и причинения ущерба имуществу*.)

* Walder, H.: Triebstruktur und Kriminalität. Huber, Bern und Stuttgart, 1952. S. 29 ff.

Аффективной жизнью этих людей полностью завладели притязания Каина. Сын хочет убить отца, а дочь — мать. На каинитские притязания указывают картины аффектов: $P - +, - \pm, - 0$. Такие люди часто живут в панике и страхе: $P - -, 0 -$. Редко мы встретим представителей этого класса в стадии притязаний Авеля: $P + -, \pm -$. Хотя они и могут быть кроткими Авеями, а вне семьи даже оказываться преисполненными любви, *гиперрелигиозными* личностями, в кругу своей семьи это исчадия ада. Например, истероэпилептическая, псевдобебиная девушка годами лелеяла мысль огривить мать. Один действительно одаренный молодой математик хотел задушить отца. Актриса изводила себя навязчивыми мыслями о том, что она должна убить свою мать; поэтому женщина не позволяла себе ни на минуту оставаться наедине с матерью. Те, кто избежал «соблазна» самоубийства, убийства и паранойи, спустя годы, когда им исполнилось 30 или 40 лет, нередко возвращаются с безмерной нежностью и любовью назад к своему прежнему партнеру (к матери, отцу, сестре и т. д.) — к тому, кого в юности они хотели убить.

Состояние сферы Я у представителей этого класса экспериментально видно в эго-картине $Sch\ 0 +$ (часто с избыточностью). *Эти люди одержимы и постоянно живут под высоким давлением психической инфляции*. Чаще всего объектом этой одержимости является величие собственного Я. Другой характерной картиной этого класса является Я, «*желающее всем быть и все иметь*», $Sch\ + +$, то есть тотально нарцисстичное Я. Эти две эго-картины иногда сменяют друг друга. Подавленные люди выдают реакцию $Sch\ - +$.

Картины в контактах $C - +, - \pm, - 0$ отражают инцестуозную связь, прячущуюся за местью Каина. В тяжелых случаях мы обнаруживаем ирреальную картину контакта $C - -$ или детскую картину связей $C\ 0\ 0$. Картину несчастливой связи $C \pm 0, 0 \pm$ мы встречаем главным образом у людей, страдающих неврозом навязчивости, и у субпараноидных личностей. *В принципе эти люди страдают от патологии в своей первичной партиципации и в доставшемся им генетическом «наследстве»*. Самое неприятное в их жизни контактов заключается в том, что эти люди не способны вступить в контакт с какой-либо определенной вещью или персоной, так как они слишком привязаны к собственному Я, которое является для них тюрьмой.

12. Класс влечений *Schp*

Класс латентной паранойи и стремления к партиципации

Представители этого класса желают вырваться из параноидного водоворота влечений прежде всего за счет использования вентилях влечений в виде механизмов навязчивостей и истерических механизмов защиты. Они часто попадают в сумеречное состояние или пытаются уклониться от судьбы, совершая преступления. Паранойя удерживается ими в латентном состоянии посредством навязчивых механизмов. Патологические формы: гомосексуальность, параноидные неврозы, истероэпилепсия. Часть этих людей становится манифестно параноидной. У примитивных первобытных народов этот класс указывает на *гиперпартиципацию с тотемом*.

VII. Главный класс Cd

Класс латентного приобретения ценностей, «вечных поисков» и «прилипания»

Опасность влечений в этом случае обусловлена неудовлетворенной потребностью в приобретении первичного объекта. Именно это побуждает представителей данного класса постоянно находиться в поиске.

Общие черты представителей этого класса: эти люди постоянно пытаются отыскать тот объект, который они в действительности уже потеряли или боятся, что потеряют. Потребность в привязанности к этому первичному объекту судорожна, нереализуема и постоянна. Характерны самоуменьшение, самообвинение, преувеличение ценности потерянного объекта, возможности идентифицироваться с потерянным объектом, которому они хотят построить в своем Я алтарь, позволяя идеальному образу потерянного человека мучить себя до смерти, а также обращение агрессии на собственную персону, повышенная потребность в нежности, которая уже из-за одного своего количества не может быть удовлетворена. Если персоне удастся социализировать латентную потребность в поиске объекта, перед нами будет картина «вечного соперника» или «отказывающегося от своих притязаний гуманиста».

13. Класс влечений Cd+

Класс «вечных поисков», депрессии

Опасность влечений у представителей этого класса вызывается потребностью в поиске, которую они не в состоянии удовлетворить. При более подробном анализе выясняется, что вечный поиск является *следствием повышенного функционирования идеализации, дошедшей до патологии интроекции (+ k) потерянного объекта*. Персона не может прекратить поиски объекта, так как они осуществляются на основе модели, по которой найти его невозможно. Вероятно, они могли бы найти объект, который в целом приближался бы к идеальному образу, но *эти люди привязаны к совершенно определенному, особому интроецированному образу*, которому с абсолютной точностью никогда не будет соответствовать ни один из объектов окружающего мира, а на какой-либо компромисс такие люди не способны. Их поиски напрасны. Найденный образ чаще всего является следствием мгновенной интроекции (+ k).

Таким образом, с позиции психологии влечений *за опасностью влечений в этом классе на первом месте стоит не потребность в поиске (d), а повышенная функция идеализации (k)*. У «относительно здоровых» представителей этого класса вечный поиск манифестируется в постоянном соперничестве. Они фиксированы на соперничестве с первичным объектом (отец, мать, сестра, учитель), так что под воздействием переноса они продолжают соперничать и в дальнейшем с любым человеком, который в какой-либо области фигурирует в качестве «успешной персоны». Они соперничают, потому что потеряли свой первичный объект в первой борьбе с соперником и встроили потерянный объект в сферу Я в качестве внутреннего идеала (имаго). В дальнейшем борьба с соперниками продолжается, направляемая идеальным образом. Они пытаются победить соперников, достигая успеха в других областях. В такой борьбе они распыляют свои таланты, понапрасну расточая свое духовное, а часто

и материальное богатство. Но они не могут отказаться от борьбы, пока у них не наступит тяжелая депрессия и они не направят агрессию на себя. *Однако депрессия является только одной из реакций на вечные поиски.*

Экспериментальные признаки $Cd+$ -класса:

В области *сексуальности* доминируют сексуальные картины $S + -, \pm -,$ то есть картины разделения влечения и *обращения агрессии на собственную персону* ($-s, -1s$). Такие люди являются пассивными мазохистами, часто это доходит до самоубийства. Фрейд считал, что обращение агрессии на собственную персону появляется в результате строгости и непреклонности Сверх-Я. Часто появляются детские сексуальные картины в форме $S00$.

В области *аффективной жизни* такие люди выдают реакции, которые мы должны истолковывать как *разрядку аффектов* ($P00$). Часто эти люди живут в панике ($P--$) или в проективном страхе ($P0-$); для представителей этого класса характерна и картина аффектов $P0\pm$, подразумевающая жалобы и причитания.

Их сферой Я является раннее Я $Sch + -, Sch \pm -,$ показывающее предрасположенность к аутизму. Только на поздних фазах депрессии или гипомании мы видим это-картины $Sch --, Sch -1-, Sch --1$ (У. Мозер).

Картиной контактов в этом случае всегда является $C + -$ или $+ \pm, + 0$.

В профессиональном выборе представители этого класса направляются фактором d и предпочитают профессии «собирателей и коллекционеров»: рабочий склада, торговец на рынке, торговец антиквариатом, аукционер, критик (две последние профессии являются примерами социализации потребности в соперничестве).

Возможности судьбы в классе $Cd+$: 1) параноидная мания величия или чувство неполноценности в форме вечного соперничества, часто с недоразвитием половых органов; 2) интерсексуальность, латентная гомосексуальность, авантюризм (карты, биржа, скачки); 3) невроз навязчивости, сопровождающийся *параноидной депрессией*; 4) параноидная депрессия у больного с шизоманией; 5) параноидная kleптомания; 6) в наиболее тяжелых случаях — депрессивный психоз, а возможно, и паранервизм.

14. Класс влечений $Cd-$

Класс отказа от притязаний, «застывания», ригидности и анальности

Представители этого класса являются «прилипчивыми натурами». Они крепко привязываются к объекту, причем особенно тогда, когда этот объект уже давно от них отделился или даже потерян для этой персоны. Это изводящие, терзающие себя партнеры в любви. На более высоком уровне такие люди любят подобным образом уже не человека, а замещающий его духовный объект, объект доверия, и любовь эта длится вечно. Ради своего объекта они готовы отказаться от всех других ценных объектов мира. Представители этого класса (встречающиеся в обществе довольно редко) способны отказываться от своих притязаний в наибольшей степени по сравнению с другими людьми. У представителей этого класса мы встречаем случаи анального эротизма, *эпилептоидного* характера, параноидной депрессии и наркомании.

VIII. Главный класс *Ст*

Класс маниакальных расстройств

Опасность влечений у представителей этого класса обусловлена латентностью потребности в привязанности к объекту. *Они не могут испытывать чувство надежного обладания объектом.* Причем они даже тогда не уверены в обладании объектом, когда он действительно находится в их полной власти. Потребность в привязанности к объекту постоянна и по своей выраженности очень велика, такая же, какой она прежде была в отношениях с матерью. Относительно этой потребности они навечно остаются грудными детьми, вечными *оральными садистами*. Спасительным выходом из этой опасности влечения чаще всего бывает оральный характер и, как следствие, предрасположенность к патологической болтливости (логорея), пению, алкоголизму, обжорству и курению. Среди предпочитаемых профессий мы встречаем повара, официанта, владельца ресторана или кафе, трактирщика, бармена, дегустатора вин, музыканта, играющего на духовых инструментах, а на более высоком уровне — певца, учителя языка, ораторские профессии типа доцента, депутата парламента, представителя фабрики и т. д. Из некоторых людей сентиментальная потребность в привязанности делает лирических поэтов. Высока предрасположенность к заболеваниям манией, гипоманией, неврастениям с гипоманиакальной раздражительностью.

15. Класс влечений *Ст+*

Класс «вечной привязанности», алкоголизма и невроза принятия

Чаще всего представители этого класса склонны испытывать состояния страха особенной природы — это страх потери объекта опоры и поддержки. Неудовлетворенной потребностью здесь будет потребность в *принятии* и признании со стороны другого человека. Поэтому велика склонность представителей этого класса к participационным расстройствам. Патологическими формами существования являются: наркомания и особенно *пьянство и запои* (+! *т*), сексуальная распушенность у молодых девушек, оральная гомосексуальность, маниакально-инфлятивная психопатия. Гораздо реже — эпилептиформная психопатия с суицидальной опасностью, смешанные типы психозов, криминальность с наркоманией. К классу *Ст+* относятся также нормальные подростки и взрослые люди (линнеевская таблица XV).

16. Класс влечений *Ст-*

Класс вечного одиночества, гипоманиакальности, психической неустойчивости и распушенности

Характер и картина болезни у представителей класса *Ст-* определяется неудовлетворенной потребностью в привязанности. Филогенетически древнейшая потребность «в привязанности» является в инстинктивной жизни этого варианта людей наиболее динамичным латентным фактором. Эта латентная, неудовлетворенная

потребность в привязанности вынуждает их каким-либо образом компенсировать ее, так как они не выносят ужас одиночества и мучения отторгнутости от мира. К этому классу принадлежат нормальные дети в периоды упрямства и в предпубертатный период, нормальные взрослые в 60–70 лет и взрослые люди, находящиеся в регрессивном состоянии.

Среди представителей этого класса мы находим детей, страдающих от «давления в школе», больных неврозом страха, заиканием, трудновоспитуемых, несконцентрированных, вспыльчивых подростков, ипохондриков, гипоманиакальных или маниакальных взрослых, трансвестистов, пориоманов, клептоманов, взломщиков и громил, растратчиков, убийц, совершивших преступление в состоянии сильного аффекта, страдающих маниформной гебефренией, эпилепсией и гомосексуализмом. Это разнообразный арсенал спасительных выходов, которыми располагает человек, чтобы избежать инстинктивной опасности отторжения миром. Но на заднем плане всех этих феноменологически различных клинических проявлений постоянно скрывается одна и та же опасность, вызванная *невозможностью к кому-либо привязаться*.

Клинически-экспериментальным признаком, свидетельствующим о невозможности «привязаться», является так называемая «*гипоманиакальная реакция*» (C0 –). То, что мы понимаем под «гипоманиакальной реакцией», не совпадает с психиатрической картиной гипомании или мании. Хотя на заднем плане гипомании скрываются те же глубинно-психологические явления, которые мы называем «*гипоманиакальной реакцией*», эта реакция не обязательно будет связана только с *клинической* картиной гипомании. Гипоманиакальную реакцию мы встречаем в любом возрасте с 3–4 лет до климактерического периода (40–60 лет). С глубинно-психологической позиции гипоманиакальная реакция является реакцией персоны, проявляющейся тогда, когда эта персона: 1) отделена от объекта (– *m*); 2) бесцельно хватается то за один, то за другой ценный объект окружающего мира (0 *d*), хотя и не может удержать этот объект; 3) из-за этого становится несконцентрированной, непостоянной, беспокойной; 4) начинает догадываться, что она навсегда потеряла объект своей привязанности. Персона становится *агрессивной*, обращая свой садизм на окружение, в котором она стала неспособной на привязанность (+ *s*, +! *s*).

Мы определяем синдром гипоманиакальной реакции по следующим признакам:

- *m*: отделенность от объекта;
- 0 *d*: стремление хвататься за все, что попадает на пути, гоняться и суетиться; психическая неустойчивость, нестабильность в функционировании стремления приобретать;
- *k*: *потеря способности к образованию идеалов*; эти люди перестали обладать «объект-идеалом», они не знают, чем хотели бы «обладать», или обесценивают любые идеалы;
- + *s*: агрессия по отношению к окружающему миру.

Этот синдром может появиться в любом возрасте. Естественно, у детей он будет клинически оцениваться иначе, чем у взрослых в климактерический период, но его глубинно-психологическое значение и интерпретация всегда остаются одними и теми же.

Для Psychosis maniacalis характерны следующие экспериментальные признаки:

1. Персона принадлежит к классу $Cm-$, то есть неудовлетворенность потребности в привязанности доминирует среди латентного ряда факторов (как известно, у депрессивных больных в начале заболевания ведущей является латентность d : $Cd+$).
2. В формуле влечений среди симптоматических факторов фигурируют e и d , возможно, hy .
3. Необычайно велика количественная напряженность в факторе s , а возможно, и в h ($s = +5, +6, h = +4, +5$); персона не способна разрядить свою агрессию и свою потребность в нежности.
4. Эпипентром конфликтов является область контактов с окружающим миром. Здесь мы находим зеркальные обращения реакций (например, $C0 -$ превращается в $C - 0$).
5. Судьба Я характеризуется эго-картинами: $Sch - -; -! -; - -! и Sch 0 -$.
6. Легко и часто разряжаются аффекты: $P0 0$.
7. Наиболее часто появляется картина контактов $C0 -$.

Маниакальный больной накапливает в себе мстительность, ярость, гнев и агрессию, чтобы потом разрядить их на окружающих людей. Но трагедия заключается в том, что он уже в такой степени отделился от реального мира, что даже для своей агрессии не способен отыскать объект. Тем не менее лишь немногие индивиды класса $Cm-$ становятся убийцами. Большинство из них отличается непостоянством и слишком большой горячностью в выборе объекта, поэтому они не способны столь долго ненавидеть его, чтобы убить. Маниакальные люди чувствуют себя настолько близко к объятиям смерти, что не осмеливаются ценить источники удовольствия земного существования. Хотя они и хватаются то за один, то за другой объект, они тотчас отбрасывают его в сторону, не имея ни идеалов, ни образца. Они догадываются, что любой объект для них уже потерял свою ценность. Их веселое настроение на самом деле не является подлинным весельем. Тот, кто хотя бы один раз по-настоящему взгляделся в глаза маниакальных людей, тот согласится с нашим утверждением, что маниакальные люди породнились не с жизнью, а со смертью.

В этих высказываниях новой является мысль о том, что циркулярное помешательство в принципе является не эмоциональным заболеванием, а серьезным расстройством эго-функции, а именно функции создания идеалов. И депрессивный, и маниакальный больной являются эго-больными людьми. При депрессии расстройство эго-функции состоит в повышенном образовании идеалов (расстройство k -функции) и в чувстве неполноценности, в микромании (расстройство p -функции). В случае мании эго-изменения будут противоположными: функция образования идеалов будет парализована (расстройство k -функции), а p -функция, наоборот, будет увеличиваться в направлении чувства власти (мegalomania). Оба этих заболевания являются эго-заболеваниями, точно так же, как кататоническая и параноидная шизофрения. Различие здесь состоит в том, что больные шизофренией в качестве симптоматических факторов (спасительных выходов, вентилей влечений) используют k - или p -факторы, а при циркулярной форме — d - или m -факторы. Эта закономерность хорошо прослеживается в формуле влечения этих больных: формула влечений при шизофрении обычно $\frac{k}{p}$, а у циркулярных больных — $\frac{m}{d}$ в фазе депрессии и $\frac{d}{m}$ в фазе мании.

*

На этом мы заканчиваем общее описание 16 классов опасностей. Особые возможности судьбы этих классов читатель найдет в линнеевских таблицах №№ I–XVI.

Подробное объяснение 16 *вентильных классов* будет явно лишним, так как их линнеевские таблицы мы привели в №№ XVII–XXXII, где они рассмотрены с учетом *клинических диагнозов* (более подробно см. том III).

ГЛАВА 22

ПРИМЕРЫ КЛАССИФИКАЦИИ ЛЮДЕЙ С ПОМОЩЬЮ ЭМПИРИЧЕСКОГО ЛИННЭУСА ВЛЕЧЕНИЙ

Случай 13: Пример для класса влечений Ss^- с одной опасностью. 30-летний учитель гимназии.

Таблица напряженностей тенденций для случая 13 была создана на основании 15 профилей влечений.

А. Определение класса влечений

h-s - 7-2 - 5 - Ss
 hy-e - 10-7 - 3 - Pe^+
 k-p - 8-7 - 1 - $Schp$
 m-d - 8-6 - 2 - Cd

Проранжированный ряд степеней латентности:
 Одна опасность и три вентили

Ss^-	Pe^+	Cd^-	$Schp^-$
5	3	2	1

одна вентиль
 опасность

Поэтому пациент является представителем Ss^- -класса. Общими признаками этого класса являются:

1. Неудовлетворенность «*мужской*» потребности ($-s$); латентная агрессия, мазохизм.
2. Представители этого класса притязают на то, чтобы образовать со своим партнером неразрывное единство, дуалюньон.

* Bd. III: «Menschenbestimmung mit Hilfe der Linnäustabellen...». Huber, Bern und Stuttgart, 1959.

Таблица напряженностей тенденций для случая 13

№	Профиль Дата	S		P		Sch		C		Ежедневный TspG		
		h	s	e	hy	k	p	d	m	$\Sigma 0$	$\Sigma \pm$	$\Sigma 0 \text{ и } \pm$
I	1940 3.9	-	-	+	+	+	0	-	0	2	1	3
II	11.9.	0	-	+	±	+	-	±		1	2	3
III	16.9.	0	-	+	+	±	0	-	0	3	1	4
IV	16.9.	±	-	±	0	+	0	-	+	2	2	4
V	18.9.	±	+	0	+	-	0	±	+	2	2	4
VI	18.9.	+		+	0	±	-	±	0	2	2	4
VII	20.9.	+	-	0	0	+	!	-	+	2	0	2
VIII	20.9.	+	-	+		±	0	±	0	2	2	4
IX	23.9.	0	+	0	±	±	0		0	4	2	6
X	23.9.	-	+	+	-	±	0	-	0	2	1	3
XI	25.9	+	-	+	0	±	-	-	0	2	1	3
XII	25.9	+	0	+	0	±	-		0	2	1	3
XIII	27.9	0	±	±	-	+	-	+	+	1	3	4
XIV	27.9	0	+	±	0	±	-	±	+	2	3	5
XV	30.9	+	+	±	0	-	-		±	1	2	3
$\Sigma 0$		5	1	3	7	0	7	0	7	30	-	-
$\Sigma \pm$		2	1	4	3	8	0	8	1	-	25	-
$\Sigma 0 \text{ и } \pm$		7	2	7	10	8	7	8	8	-	-	55

$$\text{Коэффициент напряженности тенденций} = \frac{30}{25} = 1,2$$

3. В таком дуалюньоне они играют роль мазохиста. Отношения дуальных партнеров всегда носят садомазохистский характер.
4. Объектом профессиональной деятельности чаще всего является ребенок, то есть они становятся педагогами.
5. Патологические формы: невроз навязчивости, параноидный невроз; у мужчин — импотенция, анальная эротика; в тяжелых случаях — параноидная шизофрения.

В. Определение формулы влечений

Проранжированный ряд степеней факторных напряженностей тенденций
для случая 14

Порядок по рангу	<i>hy</i>	<i>m</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>h</i>	<i>e</i>	<i>d</i>	<i>s</i>
Степень напряженности тенденций	10	8	8	7	7	7	6	2
Симптоматические реакции	0 (±)*	0 (±)	±	0	0 (±)	± и 0	±	±, 0
Корневые или другого рода реакции	-, +	+	+, -	-	+, -	+	-	+, +

Сокращенная формула влечений:

$$\frac{hy}{s}$$

Полная формула влечений:

$$\frac{hy_{10}^{0+} m_8^{0+} k_8^{+}}{p_7^0 h_7^{0+} e_7^{+0} d_6^{+}} \frac{1}{s_1}$$

По данным таблиц линнэуса влечений № IVb, рубрика III, проявлениями $\frac{hy}{s}$

класса Ss^{-} , вариации 1, являются: 1. истерия, 2. латентная гомосексуальность, 3. сексуальные расстройства типа импотенции и фригидности, 4. латентная эпилепсия, 5. анальность, 6. подавленность, неспособность работать. Профессии: преподавание, музыка, математика, философия, художественная (кустарная) промышленность.

На основе полной формулы мы можем поставить диагноз — истерия, латентная гомосексуальность и сексуальные расстройства**.

С. Коэффициент напряженности тенденций ($TspQu$):

$$\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{30}{25} = 1,2; \text{ то есть нормальный.}$$

Это обстоятельство противоречит диагнозу «истерия», но подтверждает наличие сексуальных расстройств. (При истерии $TspQu$ больше 3.)

История болезни пациента

30-летний математик пришел на консультацию из-за имеющихся у него сексуальных расстройств: он не ощущает у себя сексуального желания, не испытывает оргазма, да и вообще не может вступить в контакт с женщинами. Как ученый он явно недооценивает себя и свои успехи. Тем выше он оценивает успехи своего брата, которого считает гением и которым восхищается.

* Реакции, указанные в скобках, появляются реже.

** См. «Menschenbestimmung».

В судьбоанализе выявилось следующее: отец пропал без вести во время Первой мировой войны, когда испытуемому было примерно 3–4 года. Два брата крепко привязались друг к другу, образовав дуалюньон, в котором пациент играл пассивную, женскую роль, подчиняясь во всем младшему брату, жертвуя собой. Брат его был очень деятельным, одаренным писателем, подавлявшим старшего брата – нашего пациента – во всех областях жизни, обращаясь с ним чуть ли не деспотически. Наш пациент раньше тоже хотел стать писателем, но успех брата лишил его смелости, он стал математиком. Руководство и подавление со стороны младшего брата наш пациент принял безропотно и даже чувствовал себя в этой мазохистической ситуации необыкновенно счастливым. Он просто обожал брата. Катастрофа в этом дуалюньоне произошла, когда младший брат вдруг внезапно его бросил, женился, и пациент остался со своей матерью. Вскоре формируется новый дуалюньон, но уже между матерью и сыном, также под знаком садомазохизма, правда, с тем различием, что садистическую роль берет на себя брошенный младшим братом пациент. Мать и сын измучивают себя до смерти. Пациент не раз пытался покончить с этим несчастливым единением, оставив мать. Она реагировала на это мучениями и страшными истерическими сенами, и он возвращался. Однажды и у нашего пациента случился истеро-эпилептиформный приступ. Мать и сын продолжают жить вместе, так как им не удается разорвать цепи садомазохизма, которыми они связаны друг с другом. Если 30-летний сын осмеливался ухаживать за какой-либо девушкой, то мать быстро устранила у него любовные иллюзии, позора девушку.

В лечении пациент вынужден был конфронтировать с расстройствами своего эго-развития, особенно с неправильным формированием идеалов. Ему не удалось идентифицироваться с отцом, который исчез, когда пациент был совсем маленьким ребенком. Поэтому ему пришлось идентифицироваться с матерью и эротически любить младшего брата. В этом дуалюньоне он удовлетворял свои латентные гомосексуальные потребности путем мазохизма. После распада однополюсного дуалюньона пациент идентифицировался со своим братом и начал обращаться с матерью таким же садистическим способом, каким брат обращался с ним. Мать, которая сама была интерсексуальной женщиной с мужскими чертами, из ревности подавляла гетеросексуальные связи сына. Отсюда и неспособность пациента любить, его импотенция. Примерно через год лечения пациенту удалось расстаться с матерью и жениться.

Полученные нами профили относятся к состоянию пациента, когда он еще жил с братом в мазохистическом дуалюньоне – принадлежность к классу Ss.

Пример классификации персоны в классе влечений с двумя опасностями

Персоку необходимо определять в *обоих* классах, не упуская из внимания обе формы существования в качестве возможностей судьбы.

Случай 14 (взят из практики Э. Штумпера):

53-летний служащий в результате проведенных с ним 13 экспериментов дает следующие пропорции латентности и формулу влечений:

Пропорции латентности:

$$\frac{Sh^{+11}}{7} : \frac{Pe^{-11}}{6} : \left| \frac{Cm^{-+}}{1} : \frac{Sch}{0} \right|$$

2 опасности влечений ← → Вентили

Формула влечений:

$$\frac{s_{10}^{\pm}, k_s^0, p_s^0, hy_7^0, d_7^{\pm}}{m_s^{0+-} h_s^{+11\pm}} e^{i^{\pm}}$$

Прежде всего для классификации этого мужчины мы воспользуемся классом опасностей Sh+: таблица линнэуса влечений Ib, две опасности, рубрика I. $\frac{s}{h}$, вариация $37 \frac{s \ k \ p \ hy \ d}{h \ e}$ — суицидальная опасность. *Параноидное, депрессивное помешательство*.

После этого мы рассматриваем класс Pe. Таблица линнэуса влечений № VIa, две опасности, рубрика III. $\frac{hy}{e}$ вариация 1, Pe, Sh+. Суицид при тяжелом маниакально-депрессивном помешательстве.

Оба вентиля: Cm и Sch авизируют уже манифестировавшиеся судьбы мании и шизоформного расстройства Я. О наличии маниакальной фазы свидетельствуют картины контактов C.

0 — (дважды) и C — (один раз); серьезное шизоформное, параноидное расстройство сферы Я эго-картины — Sch 0 — (четыре раза) с зеркальным обращением в Sch — 0 (четыре раза). На потерю сознания при переполненности эмоциями указывает эго-картина Sch 0 0 (четыре раза). Таким образом, у пациента должны быть и пароксизмальные приступы. Итак, тестологическая интерпретация этого случая:

Смешанная форма психоза в виде маниакально-депрессивного психоза с параноидно-сутяжническими расстройствами Я, пароксизмальными приступами и опасностью совершения суицида.

Диагноз клиники (Этельбрюк в Люксембурге): «Суицид при тяжелом маниакально-депрессивном психозе (повешенье). Бесчисленные суицидальные попытки. Тяжелая форма заикания. Маниакальная фаза: эксгибиционист». Этот случай был включен нами в таблицу линнэуса влечений № 1b.

Выводы:

- Приступы заикания должны быть обусловлены эпилептиформным классом Pe.
- Садистический способ самоубийства также обуславливается эпилептиформной структурой влечения.
- В клиническом диагнозе отсутствует упоминание о *параноидно-сутяжническом* расстройстве Я, без которого, конечно же — несмотря на депрессию — *никогда* не возможно действительное совершение самоубийства.

Случай 15. Пример вентиль-класса

Речь идет о 13-летнем юноше, которому мы вынуждены были поставить экспериментальный психодиагноз вслепую, только на основе десяти профилей.

Таблица напряженности тенденций, которую мне передал врач, проводивший эксперимент, выглядела следующим образом:

* Stumper, E.: Triebstruktur und Geisteskrankheiten. Huber, Bern und Stuttgart, 1956, S. 104, Fall 19.

Таблица напряженностей тенденций для случая 15

№	Профиль Дата	S		P		Sch		C		Ежедневный TspG		
		h	s	e	hy	k	p	d	m	Σ 0	Σ ±	Σ 0 и ±
I	1942 25 6.	+	0	-	-	±	±	+		1	2	3
II	25. 8.	+	+	0	-		-	+	-	1	0	1
III	27. 8.	+	+	±	-			+!	-!	0	1	1
IV	27. 8.	+	+	0	-	-		+	-	1	0	1
V	29. 6.	+	+	-	0		-	+	-!	1	0	1
VI	29. 6.	+!	+	0			-	+!	-	1	0	1
VII	30. 8.	0	+	-	-	-	-	+	-!	1	0	1
VIII	30. 8.	+	+	0	-	-	-	+!	-	1	0	1
IX	2. 7.	+	+	0	0	-	-	+	!	2	0	2
X	2. 7.	+	+	0	0	-	-	+		2	0	2
Σ 0		1	1	8	3	0	0	0	0	11	-	
Σ ±		0	0	1	0	1	1	0	0	-	3	
TspG		1	1	7	3	1	1	0	0	-		14

$$\text{Коэффициент напряженности тенденций} = \frac{11}{3} = 3,6$$

А. Определение класса влечений

$$\left. \begin{aligned} h-s &= 1-1=0 = Shs \\ e-hy &= 7-3=4 = Phy^- \\ k-p &= 1-1=0 = Schkp \\ d-m &= 0-0=0 = Cdm \end{aligned} \right\}$$

Проранжированный ряд степеней латентности:

$$\frac{Phy^-}{4} : \frac{S}{0} : \frac{Sch}{0} : \frac{C}{0}$$

Три вентиля

Пациент является представителем вентиль-класса Phy с тремя вентилями.

В. Определение формулы влечений

Проранжированный ряд степеней напряженностей тенденций для случая 15

Сокращенная формула влечений:

$$\frac{e}{d}, \frac{e}{m}$$

Полная формула влечений:

$$\frac{e_7^0}{\frac{hy_3^- \cdot h_1^{-1} \cdot s_1^+ \cdot p_1^- \cdot k_1^-}{d_6^{+1} \cdot m_0^{-1}}}$$

Теперь мы можем определить личность И. на основе таблицы линиэуса влечений № XXIVa, вариация 26: гомосексуальность, паранойя.

Порядок по рангу	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>h</i>	<i>s</i>	<i>p</i>	<i>k</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
Степень напряженности тенденций	7	3	1	1	1	1	0	0
Симптоматические реакции	0 ($\pm$)	0	0	0	$\pm$	$\pm$		
Корневые и другого рода реакции	-		+	+	-	-	+	-

В истории болезни, которую я получил от лечащего врача после постановки диагноза, было написано следующее:

В начале у юноши обнаружились дефекты характера, причем он отличался прежде всего склонностью к отчаянной лжи. Так, например, ему удалось в течение почти двух семестров водить за нос преподавателя, подменявшего его репетитора, отказываясь изучать один из учебных предметов, и даже утверждать, что он и не слышал о том, что такой предмет может быть в учебных планах. Причиной его патологической лживости являлась месть. По словам юноши, таким способом он пытался отомстить отцу, которого ненавидел. Он признался, что отец не любит его. Отец — крепко сложенный мужчина, он очень занят, своего сына воспитывает в строгости, по-военному. Юноша ненавидит любые проявления строгости и приказной тон. *Он хочет быть таким же, как мать.* У него повышенная чувствительность, он легко обижается и даже чувствует себя оскорбленным, всегда реагируя на обиду агрессивней. Живет он без друзей, в полном одиночестве, причем отличается неслыханной ленью. Он восхищается стихами и сам сочиняет их; ему легко даются языки. Но в своих увлечениях он непостоянен. Он часто ссорится и дерется со своим младшим братом. Тот отличается крепким сложением, но испытуемый говорит в унижительном тоне и «хочет из него сделать для себя раба». Но И. не может сердиться на младшего брата более пяти минут, он целует его — и все опять приходит в порядок. И. страшно ненавидит подружку брата. Самым большим и страстным желанием испытуемого является возможность *стать актером*, чтобы постоянно пребывать на сцене. Он хочет сыграть главную роль в шекспировском «Кориолане». Он и сам уже написал небольшую пьесу. С огромной страстью он собирает автографы знаменитых актеров, как это обычно делают девочки-подростки. (Никакое другое коллекционирование его не увлекает.) Для того чтобы получить от актеров автографы, пациент даже может прийти к ним домой. Он стрижется в тех парикмахерских, которые посещают знаменитые актеры (в этом он полностью копирует свою мать). С большой страстью он исполняет «дамские роли», например, роли королевы или сиделки. Если возможно, он одевает для этого женскую одежду. Он постоянно кого-нибудь подозревает в чем-то плохом, вообще отличается недоверчивостью. Во время проведения экспериментов приходилось запереть дверь на ключ и занавешивать окна, так как юноша боялся, что подруга брата увидит его и будет потом сплетничать. Испытуемый часто закрывается в своей комнате. Только в закрытых на ключ комнатах он чувствует себя в безопасности. Девушки его совсем не интересуют. Он очень любит музыку. С удовольствием бы работал в химической лаборатории. Создает новый язык. По словам сиделки, у него бывают приступы смеха и слез. Часто на него находят мысли об убийстве отца, он желает проткнуть его сердце шпагой. Картины, изображающие жестокие сцены, действуют на испытуемого возбуждающе. Сиделка часто находит юношу в состоянии наивысшего возбуждения, сидящим перед картинами, изображающими сцены инквизиции. Кроме того, лечащий врач сообщил мне на нашей встрече, что юноша при посещении его кабинета пытается обниматься и целоваться с ним. По мнению врача, испытуемый является гомосексуалистом и предрасположен к заболеванию паранойдальной шизофренией.

Нац экспериментальный диагноз полностью совпадает с диагнозом лечащего врача.

Пример класса влечений с тремя инстинктивными опасностями

Случай 16 (исследование проводилось Элленбергером). 56-летний мужчина. Был интернирован из-за *депрессии*. В результате проведенной серии из десяти экспериментов были выявлены следующие пропорции влечений:

$$\frac{Cd^{+1}}{7} : \frac{Phy^{-}}{6} : \frac{Schp^{-1}}{5} \quad \Bigg| \quad \frac{Sh^{+}}{3}$$

Три опасности влечения Вентиль

Формула влечений:

$$\frac{s_{10}^0, e_{10}^0, h_7^0, m_7^{\pm}}{k_5^{\pm-}, hy_4^{-+}} \\ p_0^{-1}, d_0^{+1}$$

Этот случай мы находим в таблице линнэуса влечений № XIIIa, класс *опасностей* Cd^{+} , рубрика II $\frac{e}{d}$, три опасности, вариация 6. Клинический диагноз: депрессия (Cd^{+1}), мошенничество, надувательство (Phy^{-}), астма, ипохондрия, слабая потенция.

Пример вентиль-класса с четырьмя вентилями

Случай 17: 18-летняя девушка. Шесть ее профилей мы воспроизвели в таблице напряженности тенденций для случая 17. Большого числа экспериментов мы не смогли провести, так как девушку пришлось интернировать.

A. Определение класса влечений

$$\begin{aligned} h-s &= 1-0-1 = Ss^{-} \\ e-hy &= 2-2-0 = Pehy \\ k-p &= 5-4-1 = Schp^{-} \\ d-m &= 3-3-0 = Cdm \end{aligned}$$

Ряд степеней латентности:

$$\frac{Ss^{-}}{1} : \frac{Schp^{-}}{1} : \frac{P}{0} : \frac{C}{0}$$

Четыре вентилья

Этот случай мы находим в таблице линнэуса влечений № XX, классы четырех вентилей в качестве вариации 13. Диагноз: латентная гомосексуальность, паранойя

Течение этой болезни является классическим примером судьбы одного из дуальных партнеров после распада дуальюнона. Пациентка — дочь богатого купца из Венгрии. Мать страдает кардиологическим заболеванием, постоянно находится в постели, так что пациентка воспитывалась своей старшей сестрой. Пациентка говорит, что она практически не может вспомнить отца, «словно бы его никогда и не было». Она хотела постоянно быть рядом с сестрой, не позволяла ей оставлять себя ни на миг. Посте-

пенно пациентка превратилась в эгоистического, избалованного, трудного ребенка. В девять лет она увлеклась чтением сказок, совершенно затерявшись в этом фантастическом мире. У нее не возникло никакого интереса к школе и школьным товарищам. Она презирала их, считая непорядочными, неверными людьми. Но позднее она увлеклась общением с учительницей, которая была монахиней, и с одной школьной подружкой, которая точно же, как и она сама, презирала всех остальных девочек. Когда девочке исполнилось 15 лет, финансовые дела отца ахулились, мать умерла, семья вынуждена была переехать в столицу, чтобы там зарабатывать себе на жизнь. Вот тогда и случилась катастрофа. Сестра, с которой она до тех пор находилась в самом тесном дуэлюньоне, сестра, которая, казалось бы, посвятила всю свою жизнь пациентке, должна была ее оставить, чтобы зарабатывать на жизнь. Отныне все в доме стало для пациентки чуждым. Она не могла приспособиться к новой ситуации, когда ей приходилось целый день проводить без сестры. Прежнее равновесие пациентки было нарушено, она пыталась бесцельно читать, сочинять стихи, но избавиться от совершенно ирреальной, одинокой жизни она не могла. Пациентка считает людей пустыми и ревнивыми, боится и избегает их. Она становится недоверчивой, ей кажется, что люди говорят о ней что-то плохое, например, что она «шлюха». Пациентка пытается убедиться в том, что не только она одна слышит такие унижительные слова. Она почти отказывается от отношений в семье, не хочет работать, думает только о красивой одежде, говорит о своей необычайной одаренности, совершает непонятные действия, которым она к тому же придает особое значение. Так, например, она засовывает себе палец в рот и утверждает, что это знак того, что она умнее всех людей. Когда она заболела крапивницей, то стала утверждать, что сестра хочет ее отравить. В другой раз врач азотел осмотреть миндалины пациентки, сестра принесла для этого ложку, и тут больная стала утверждать, что этой ложкой сестра подавала врачу особый знак, означающий, что с нею можно делать что-то плохое. Да и вообще пациентка постоянно говорит о том, что сестра дает «знаки, направленные против нее», что сестра желает ее погубить. Пациентка утверждает, что сестра, которая ранее заменяла ей мать, сейчас настроивает всех людей против нее. Врач дал сестре совет отправить девушку в деревню к тете, возможно, там она сможет успокоиться. Но от этого бредовые идеи пациентки лишь стали более выраженными. Она утверждает, что дядя хочет ее соблазнить, а кузина распространяет о ней слухи, будто бы она гомосексуалистка, что все преследующие ее люди связаны, они пытаются устроить против нее заговор. Больная рассказала нам, что несколько дней назад у нее появилось ощущение, что она сошла с ума; у нее закружилась голова, она не могла ни о чем думать, боялась за саму себя. Тогда мы начали проводить с ней психодиагностический эксперимент. После получения третьего профиля пациентка стала настолько беспокойной, что ее пришлось интернировать. В больнице она успокоилась, перестала говорить о преследованиях, и через два месяца была выписана домой.

Я вновь увидел пациентку через шесть месяцев. Она снова стала агрессивной, постоянно говорила о преследованиях, по ночам убагала из квартиры, приходила в полное замешательство, так что ее пришлось повторно интернировать. В этом состоянии она дала IV. профиль влечений с синдромом помешательства ($s: -III; Sch = 00$). После этого мы еще два раза видели пациентку. В последнем профиле (VI.) она уже обнаруживает признаки дементной шизофрении. Во время эксперимента И. раскалилась: «У меня ток во рту. Всю зиму через меня, по моей спине пропускали электрический ток какая-то шлюха и ее любовник. (Тут она думает о сестре.) Я отдала им кучу денег, господин доктор, я могу Вам доказать, что я еще девушка... Я происхожу из благородной семьи, весь город принадлежит моему дедушке, у меня у самой шесть домов... Пожалуйста, не доверяйте моей сестре. Вам все врут... Все люди слабоумные, я перестала понимать окружающий мир...»

Хотя с этой пациенткой мы провели только шесть экспериментов, вся трагедия 18-летней девушки хорошо видна в полученных данных. Даже не обращаясь к методу линнзуса влечений, с помощью качественного анализа полученных шести профилей можно интерпретировать историю девушки:

Первые два профиля:

Профиль	S		P		Sch		C	
I	+	-	-	+	±	-	0	0
II	-	-!!	+	-	0	±	0	+

Параноидная персона, жившая в дуальюбоне ($S + -, Sch_0 0 \pm$), была покинута своей партнершей; сейчас эта персона пытается сбежать ($Sch_1 \pm -$), так как ее преследуют ($-p$). Свою агрессию пациентка обращает на собственную персону ($-!!s$).

Профиль	S		P		Sch		C	
III	+	-	+	±	±	±!	0	±

Пациентка уже начинает догадываться о своей катастрофе ($Sch \pm \pm$), пытается всеми силами включить тормоза сознания, кроме того, пациентка несчастлива ($C 0 \pm$).

Профиль	S		P		Sch		C	
IV	+	-!!!	+	0	0	0	+	±

Пациентка находится в самом начале помешательства; $-!!!s, Sch 0 0$. Возникла необходимость в ее интерприровании.

Профиль	S		P		Sch		C	
V	±	-	0	-	+	0	+	+

Два месяца пациентка находилась в лечебном учреждении, ее сфера Я занята интроецированием ($Sch + 0$), но реакция $P 0$ — говорит о существующем у нее параноидном страхе. Она пытается посредством интроекции ($+k$) сбежать от болезни. И как результат — параноидная депрессия: $-s, +k, +d$.

Профиль	S		P		Sch		C	
VI	+	-	0	+	0	-	-	-

Перед нами картина помешательства.

$Sch 0 -$: регрессия сферы Я, проекция с сумасшествием.

$C -$: помешательство в контактах: пациентка привязана к объекту, от которого она уже давно отделена; диагноз — *Dementia paranoides*.

*

В заключение обсуждения линнэус-метода мы должны добавить следующее:

1. Метод линнэус служит целям архивирования данных, представленных в табличной форме. Все встреченные случаи включаются сюда на основе классов влечений и формул влечений, к ним добавляется диагноз лечебного учреждения. Именно таким образом и возникли так называемые «линнэус-таблицы» № I-XXXII. Все они найдены чисто эмпирическим путем.

2. Линнэус-таблицы пока все еще содержат серьезные белые пятна, которые должны быть заполнены в будущем. Для этой цели в Институте Сонди (Stiftung Szondi-Institut), расположенном в Цюрихе на Крэбюльштрассе, 30, был основан «Интернациональный архив»*.

3. Было бы ошибочным полагать, что в результате этого окажутся ненужными качественные методы, особенно методы края и середины, а также анализ «проводника» и «слеодохода». Линнэус-метод служит лишь для быстрой ориентации в возможностях судьбы. Качественные методы позволяют выявить индивидуальные, глубинно-психологические причины психической болезни конкретного человека. Эта более глубокая постановка цели остается главной задачей экспериментальной диагностики влечений и сферы Я; такой она будет даже в том случае, когда мы будем располагать полностью заполненными линнэус-таблицами.

Качественные методы истолкования служат для диагностики персональных, глубинно-психологических процессов, которые за рамками клинического диагноза протекают совершенно по-разному (вариабельно).

Классификация людей в линнэусе влечений ограничивается приписыванием конкретного случая к определенной эмпирически найденной клинической группе.

4. Нам часто задают вопрос, действительно ли можно классифицировать человека — подобно тому, как это делается с растениями и животными — по аналогу с линнеевской системой? После 25 лет применения линнэус-таблиц мы можем ответить только утвердительно. Из бесчисленного количества случаев, которые подтверждают возможность и правильность наших усилий по классификации людей в определенной линнеевской системе, а именно на основе тестирования влечений и сферы Я у человека, я представлю только один пример.

Две девушки (А и В) 25 и 23 лет относятся к одному и тому же классу влечений (Phy-) с почти одинаковой формулой влечений:

	А 25 лет ♀	В 23 лет ♀
Класс влечений	Phy-	Phy-
Формула влечений	$\frac{e \cdot k; h \cdot p \cdot s}{hy \cdot d \cdot m}$	$\frac{e \cdot k; h \cdot p \cdot m}{d \cdot hy \cdot s}$

* Мы просим всех зарубежных коллег присылать накопленный материал для копирования и размещения в этом архиве. Можно надеяться, что за несколько десятилетий существования линнэус-архива мы сможем дополнить его настолько, что в нем можно будет отыскать любой клинически важный случай

Класс влечений $\Phi\eta\psi$ — характерен для паранойи и эпилепсии. Формула влечений говорит о ведущей роли *эпилептиформного фактора* в заболевании. Так как оба фактора Я (k и p) фигурируют в качестве симптом-факторов, мы должны думать о сумеречных состояниях и абсансах (Sch 0 0 или Sch $\pm \pm$).

Девушка А проявляет (в качестве симптома) манифестную агрессию, а девушка В скрывает свои желания насильствовать (s в качестве корневого фактора). В шести из восьми факторов у девушек проявляется та же самая судьба влечений.

Если линнэус-метод действительно полезен на практике, мы должны обнаружить у этих девушек схожую судьбу.

25-летняя девушка была исследована мною еще в Венгрии в 1939–1940 годах. Она страдала от тяжелой *генуинной эпилепсии*. Девушка жила вместе со своей матерью, которая была миловидной, но патологически мазохистичной, *истерической* персоной, периодически впадающей в *депрессию*. Дуалюньон между матерью и дочерью носил садомазохистский характер. Дочь, которая в этом дуалюньоне играла садистическую роль (s в качестве симптом-фактора), серьезно подготовилась к тому, чтобы отравить мать люминалом, который ей прописали против эпилептических приступов. Периодически девушку приходилось интернировать из-за ее *параноидного бреда*.

23-летнюю девушку Б я исследовал на пять лет позднее в одной из частных психиатрических клиник Швейцарии. Она родом из Франции и — несмотря на то, что она происходила совершенно из другой нации, религии и общественного класса — у нее обнаружился тот же самый $\Phi\eta\psi$ -класс с почти такой же формулой влечений. Судьба этой девушки мало отличалась от ее венгерской «партиерши по судьбе». *Такая же генуинная эпилепсия с параноидными чертами и желание удушить мать*, обительницу той же самой клиники; ее мать тоже была *истериформной*, а по временам впадала в *депрессию*, из-за чего и была интернирована. (У обеих девушек факторы $\eta\psi$ и d являются корневыми или генетическими факторами).

Две девушки, которые клинически показывают одну и ту же картину параноидной эпилепсии и садизма, а генетически носят в себе одинаковую генетическую природу истерии и депрессии, оказываются в линнэусе в одном и том же классе влечений с почти одной и той же формулой влечений. Каждому, кто, подобно нам, ежедневно встречается с такими потрясающими аналогиями в навязанных судьбах больных людей, не покажется бессмысленной утопическая идея из труда Ф. Шиллера «Преступник из-за утерянной чести»:

«Если бы для человеческого рода, так же, как и для остального царства природы, отыскался какой-либо линнэус, классифицирующий людей по влечениям и склонностям, то каково было бы наше удивление, когда мы находили бы там некоторых благородных людей, порок которых вынужден сейчас задохнуться из-за ограничений, накладываемых на гражданскую жизнь, и из-за строгих оков законов, в одной компании с чудовищем Борджиа!»

* Borgia — испанский дворянский род, вымерший в 1748 году. Плохая слава, по-видимому, связана с клеветой на представителей этого рода со стороны их современников (Großes Lexikon A-Z zeitnah und übersichtlich. «ISIS», 1996, S. 125).

РАЗДЕЛ IX

ПРОПОРЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

Основы пропорциональных методов мы можем обобщенно изложить следующим образом:

1. Пропорциональные методы представляют собой *частичный* метод истолкования. С его помощью мы не можем охватить личность И. во всей ее целостности, а ее судьбу — в качестве чего-то интегрального. Здесь мы экспериментально освещаем только особые *направления развития*, например, психосексуальность или социальность. Пропорциональные методы поставляют нам *отдельные данные*, помогающие раскрыть общий план персоны, но никогда сами по себе они не являются полным планом судьбы.

2. Частичная диагностика особого развития персоны всегда происходит путем определения пропорций выборов между противоположными возможностями развития. То есть здесь речь идет о «соотносительном выборе», о «пропорциях».

При мажор-минорном методе пропорция выявляется и выражается в виде процентного соотношения между выбором жестких, мужских, так называемых мажор-реакций, и мягких, женских, так называемых минор-реакций.

При определении социального индекса мы подсчитываем соотношение социально-позитивных и социально-негативных реакций.

3. Процентные соотношения определяются на основе векторных, а не факторных реакций. Этот принцип означает изменение прежнего *факторного* мажор-минорного метода, разработанного нами в 1952 году. Оказалось, что в случаях с *экстремально* женственным или мужественным направлением развития у какого-либо человека факторный метод подсчета может привести к приемлемым результатам, но при *массовых исследованиях здоровых испытуемых* — из-за разложения наиболее частой сексуальной картины $S + + -$ пропорции будут смещаться в минор-направление. Это и явилось причиной того, что мы *векторно* подсчитываем пропорции в мажор-минорном методе.

4. Оба пропорциональных метода носят *чисто эмпирический* характер. В сотнях серий профилей были исследованы выбираемые И. векторные реакции на их мажор-или минор-природу (и соответственно, в случае социального индекса — на их

социальную позитивность или негативность), прежде чем удалось получить приемлемую шкалу для оценивания. Далее необходимо было выявить *групповые индексы* противоположных групп людей и определить диагностические нормы, чтобы в очередной раз подтвердить эффективность нашего метода. Оба пропорциональных метода изменяются с изменением нравов общества.

ГЛАВА 23

ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОПОРЦИИ. МАЖОР-МИНОРНЫЙ МЕТОД. СЕКСУАЛЬНЫЙ ИНДЕКС

1. Предварительные замечания по поводу физиологии

Физиологические различия полов у человека, как известно, определяются тремя биологическими факторами, а именно: 1. *половыми хромосомами*, 2. *гонадами* и 3. *половыми железами*.

1. Первый фактор: половые хромосомы и половые гены

Как хорошо известно, ядро клеток состоит из нитей, так называемых *хромосом*, остающихся в одном и том же количестве у любого биологического вида. Соматические клетки содержат 46, а зрелые зародышевые клетки — из-за их деления при созревании — 23 хромосомы. (Ранее насчитывали 48 и, соответственно, 24 хромосомы). Пол человека определяется в момент оплодотворения, а именно: он будет *женским*, если сперматозоид с X-хромосомой добьется оплодотворения, и *мужским*, если яйцеклетка будет оплодотворена сперматозоидом с Y-хромосомой. При созревании половые клетки в равной степени наделены сперматозоидами как с X-хромосомами, так и с Y-хромосомами. Генетически пол определяется той хромосомой, которую в зрелых зародышевых клетках женщина имеет как парную, а мужчина — как непарную. Эту хромосому генетики называют X- или половой хромосомой. *Индивиды с парной X-хромосомой становятся женщинами, а с X-Y-хромосомой — мужчинами*. В генетике также говорят о женском гене, или Ж-гене и о мужском гене, или М-гене, но оба они постоянно существуют в каждом индивидууме. До сих пор недостаточное внимание уделяется тому факту, что в *половых хромосомах находятся только Ж-гены, а М-генов не существует*. Мужские М-гены должны перемещаться в особые хромосомы, называемые аутосомами, то есть туда, где находятся все другие гены, определяющие соматические признаки. На основе такой гипотезы *жесткий* половой генотип имеет формулу: *ЖЖММ*, а *мужской*: *ММЖ*.

Способность к реализации всегда будет выше у Ж-генов, а не у М-генов:

Ж > М, ЖЖ > ММ, но, естественно, ММ > Ж

Биологическая направленность свидетельствует о большей способности к реализации женских Ж-генов. Именно этому биологическому факту психологи и социологи, изучающие половую жизнь, уделяют, на наш взгляд, слишком мало внимания. В соответствии с учением Р. Гольдшмидт, каждый индивидуум обладает как Ж-, так и М-генами. Таким образом, генетически наш пол бисексуален. Половая принадлежность каждого человека определяется соотношениями Ж : М-генов. Если соотношение в пользу Ж-гена, то появится женщина; а если будут сильнее М-гены, то — мужчина. Когда Ж : М находится в равновесии, то возникает интерсексуальность (по формуле пропорций Ж : М = 1:1).

2. Второй фактор, определяющий пол — механизм развития в гонадах

Термином гонада механика развития называет органическую предрасположенность как к формированию яичника, так и семенных яичек. В «недифференцированном половом состоянии» эмбриона все индивиды обладают обоими возможностями гонады, то есть организм пока органически имеет двойной пол, а потому и организован он в это время двуполо (гермафродитически). В этой недифференцированной стадии гонады носят в себе как тканевую субстанцию, из которой позднее могут развиваться семенные яички, так и корковую субстанцию, из которой возникает яичник. Обе органические предрасположенности, как к семявыводящему протоку (вольфшерский канал), так и к яйцеводу (фаллопиевы трубы) и к матке (мюллеровский канал), еще полностью сохранены в этот период у каждого индивидуума. То есть эти половые органы имеют возможность, начиная с определенного пункта развития, выбирать или путь развития женских органов, или путь развития мужских органов. Второе направление развития половых органов, начиная с определенного пункта развития, будет обуславливаться генетически, то есть Ж: М-пропорциями. Если доминируют Ж-гены, то предрасположенность к формированию мужских органов (развитие внутренних тканей и вольфшерского канала) исчезает. А при доминировании М-генов остаются рудиментарными корковые ткани и мюллеровский канал, то есть женские половые органы. Этот первый важный шаг в развитии после пребывания в недифференцированном состоянии вызывается половыми генами хромосом (детерминирующие материалы первого порядка), что приводит к формированию в гонадах нового центра развития, который принимает на себя руководство продукцией детерминирующего материала второго порядка.

3. Третьим фактором, влияющим на половое развитие, являются половые железы

Половые железы (семенные яички и яичник) развиваются из гонад. Только они образуют сексуальные гормоны, задачей которых является формирование: а) звиталий, б) вторичных половых признаков; с) психосексуального характера. Материал половых желез, который сказывается на проявлениях пола, является таким образом гормоном третьего порядка.

К генетической и онтогенетической двуполой сущности любого индивидуума присоединяется гормональная двуполость. И в семенных яичках, и в моче, и в крови представителей мужского пола — как у человека, так и у животных — можно обнаружить женские гормоны (folliculin), и наоборот.

Таким образом, человек точно так же, как и животные — изначально является двуполом существом. Витальные пропорции Ж- и М-генов в момент оплодотворения ответственны за то, что позднее из первоначально бисексуального, то есть двойственного направленного существа образуется гетеросексуальное однополое существо. Половая формула женщины ЖЖММ обуславливает склонность представительниц женского пола к бисексуальности.

II. Психосексуальные пропорции. Сексуальный индекс

Если принять, что человек появляется на свет в качестве двуполого существа, на котором генетически сказывается влияние $Ж : М$ -генов, а онтогенетически — предрасположенность к $Ж : М$ -органам и гормонально — $Ж : М$ -гормоны, то с помощью теста влечений и сферы Я, который является *биологическим тестом*, мы можем экспериментально выявить психосексуальные пропорции женщины-мужчина у конкретного человека.

На основе тридцатилетнего опыта с широким полем исследований теперь возможно выявлять качества мужского или женского характера в различных векторных реакциях. Возник так называемый *векторный мажор-минорный метод* и *сексуальный индекс*.

Мажорными стремлениями мы называем жесткие, холодные $М$ -стремления души и противопоставляем им минорные стремления в качестве мягких, теплых, женских $Ж$ -стремлений.

Названия «мажор» и «минор» мы выбрали потому, что слова «мужской» и «женский» скорее несут в себе оттенок чего-то *предопределенного, соматического*. Мы же в мажор-минорном методе подчеркиваем то, что диалектическое движение мажор-и минор-тенденций распространяется в системе влечений *на все четыре векторных пространства*, а не ограничивается исключительно пространством сексуального вектора S , так как психосексуальность любого существа обнаруживается не только в сексуальной жизни, а проявляется еще и в жизни аффектов, в контактах и в сфере Я. Поэтому мы должны были разработать *сексуальный индекс для всех четырех векторных пространств*.

Векторный мажор-минорный метод

Задача, которую мы ставили перед собой, разрабатывая этот метод, заключалась в следующем: все 64 векторных картины четырех векторов (S, P, Sch, C) необходимо было исследовать на предмет их соответствия жестко-мужскому мажор-характеру или женственно-мягкой минор-натуре. Результаты такого психосексуального оценивания 64 векторных картин отражены в таблице рядом с протокольной схемой социального индекса (см. рисунок 20).

1. Техника подсчета при исследовании конкретного индивида

- Мы проводим серию из восьми или десяти экспериментов.
- Затем в схеме протокола с мажор-минорным индексом для каждой из векторных картин, полученных от И., мы вносим в четыре векторных пространства следующие данные:
 1. Число частоты отдельных векторных реакций в вертикальную рубрику ΣRe .
 2. В схеме психосексуальных пропорций (векторные мажор-минорные картины) по порядку перечисляются 16 возможных векторных реакций от 0 0 до —; рядом с ними указывается минор(M)- или мажор(D)-

ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОПОРЦИИ. МАЖОРНО-МИНОРНЫЙ ИНДЕКС (по Л. Сонди)																
Вектор реакт.	S	Σ Re	Dur D	Moll M	P	Σ Re	Dur D	Moll M	SCH	Σ Re	Dur D	Moll M	C	Σ Re	Dur D	Moll M
0 0	M				M				M				M			
0 ±	M				M				M				M			
0 +	D				D				M				D			
0 -	M				M				M				D			
± 0	D				D				D				M			
± ±	M				D				D				M			
± +	D				D				D				M			
± -	M				M				D				D			
+ 0	D				M				D				D			
+ ±	M				M				M				M			
+ +	D				M				M				M			
+ -	M				M				D				D			
- 0	D				D				D				D			
- ±	D				D				M				D			
- +	D				D				M				M			
- -	M				D				D				D			
Σ Re																
Σ I																
Dur-Moll проп.	S =		:		P =		:		SCH =		:		C =		:	

Имя	ΣD	ΣM	$\frac{\Sigma D \times 100}{(\Sigma D + \Sigma M)} = \text{---} =$	% DUR
Возраст				% MOLL
Профессия	Σ			
Диагноз				

Рис. 20. Индекс сексуальности

природа векторных реакций в сексуальном (S), пароксизмальном (P), сферы Я (Sch) и контактном (C) пространствах. Таким образом, протоколирование происходит в соответствии с характером M или D. Чтобы избежать при протоколировании случайно вкрадывающихся ошибок, в таблице оставлены белыми только соответствующие D- или M-пространства для отдельных реакций, остальные поля заполнены точками.

3. а) После того, как мы пометили полученные от И. реакции во всех четырех векторных пространствах, внизу мы подсчитываем сумму реакций в вертикальных рядах. Естественно, что при восьми или десяти профилях величина ΣRe в любом из четырех векторных пространств должна будет равняться восьми (или, соответственно, десяти). Таким способом мы осуществляем контроль правильности протоколирования.
 - б) Затем мы подсчитываем отдельно количество D- и M-реакций в вертикальных рядах, и опять же их сумма должна составлять восемь (или десять), в зависимости от числа профилей.
 4. И при мажор-, и при минор-реакциях мы *по отдельности* отмечаем сумму восклицательных знаков, то есть величину повышенной количественной напряженности в мажор- и минор-пространствах. Каждый восклицательный знак считается за единицу. Например, если кто-то дает в векторе S реакцию S +! +!, то мы считаем *вместе* восклицательные знаки как в векторе h, так и в векторе s и вносим общую сумму восклицательных знаков в рубрику $\Sigma !$ *мажор (D)*, так как картина S + + имеет мажор-характер. При S +! -! сумма повышенной количественной напряженности h и s вносится в рубрику $\Sigma !$ *минор (M)*, так как сексуальная картина S + — носит минор-характер, и так далее
 5. В следующей горизонтальной рубрике мажор-минорных пропорций мы фиксируем сумму ($\Sigma Re + \Sigma !$), так как в результате сложения повышенной количественной напряженности с суммой мажор- или минор-реакций психосексуальные пропорции становятся *более точными*.
- Эта горизонтальная рубрика отражает, таким образом, психосексуальные пропорции (D : M) в отдельных векторных пространствах S, P, Sch и C. Мы называем их *векторными мажор-минор-пропорциями*.
6. После этого мы складываем все появившиеся в четырех векторных пространствах мажор- или минор-реакции и вносим получившиеся суммы в самую нижнюю рубрику таблицы ΣD и ΣM . после этого можно приступить к подсчету абсолютной величины ($\Sigma D + \Sigma M$) *всех* реакций (Σ).
 7. Процентный *сексуальный* индекс подсчитывается по формуле:

$$\frac{\Sigma D \times 100}{\Sigma D + \Sigma M} = \% Dir.$$
 После вычитания его от 100 мы получаем величину минорных тенденций в %.

2. При исследованиях групп

мы используем ту же самую схему протокола; естественно, в соответствующие рубрики мы вносим общую частоту различных векторных реакций *всей* группы с учетом их D- и M-природы. Дальнейший подсчет ничем не отличается от проводимого в случае индивидуальных протоколов (см. случаи 18, 23–28).

3. Нормированные критерии мажор-минорного метода

I. Нормальные мажор-минор-пропорции у мужчины: $D : M = 2 : 1$

Мы должны продолжать проводить экспериментальные исследования психосексуального аспекта векторных картин, пока у нормальных, обычных людей, например, у горняков, мы не сможем заранее предсказывать соответствующие D- M-пропорции. Предпосылкой подобного нормирования данных является гипотеза генетической теории полов о том, что половой генотип мужчины отражает формула ММЖ, или в нашем случае — DDM.

II. Несмотря на то, что нормальные мажор-минор-пропорции у женщин носят интерсексуальный оттенок, Ж-реакции должны быть немного больше. Нельзя забывать, что половой генотип женщины отражается в формуле ЖЖММ, причем $ЖЖ > ММ$.

Если в соответствии с этим мажор-минорный индекс, выявляемый в эксперименте, соответствует генетическим пропорциям у мужчин и женщин, то наш метод обладает биологической валидностью. Так оно и оказывается в действительности. Новые исследования в этой области должны определить валидность нашего метода в современных изменяющихся условиях.

Но правильность мажор-минорной шкалы нам удалось подтвердить и посредством других критериев, а именно:

III. а) У пассивных, гомосексуальных мужчин сексуальный индекс должен четко показывать феномен сексуальной инверсии. Это означает, что мажор-минорный индекс — в случае, если он хорошо функционирует, — должен показывать здесь в два-три раза больше минор-тенденций, чем мажор-притязаний. И здесь мажор-минорный индекс полностью себя оправдал (случаи 20–21).

б) Далее, у гермафродитов мы должны обнаруживать следующие пропорции: $Ж : M = 1 : 1$ (случай 22б).

с) У женщин-лесбиянок мажор-минорный индекс должен смещаться в направлении мажор или — так как такие женщины чаще всего отличаются бисексуальностью — в направлении интерсексуальности. Этот критерий нам также удалось экспериментально доказать (случай 22).

IV. При психических заболеваниях, когда глубинная психология подчеркивает наличие женственного характера в притязаниях влечений — как, например, у параноидных мужчин, — мажор-минорный индекс как в отдельных конкретных случаях, так и в целых патологических группах должен смещаться в направлении минор или, по крайней мере, должно обнаруживаться увеличение числа минор-реакций по сравнению с нормальными пропорциями у мужчин ($2M : 1Ж$). И, наоборот, у насильников (убийц) мы должны обнаружить в мажор-минорном индексе высокий показатель

мажор и малое число минор. Такое же смещение в направлении *мажор* должно выявиться в самых агрессивных женских профессиях — на первом месте здесь будет проституция.

Приводимые нами далее примеры должны ответить на вопрос, насколько мажор-минорный индекс *эмпирически* соответствует этим критериям.

Эмпирическая проверка указанных критериев

4. Случаи применения мажор-минорного метода

Проверка первого критерия

Пример 18 представляет собой результаты мажор-минорных пропорций у 25 здоровых горняков Рурского бассейна (Рис. 22). Эти профили собрал Дрейер (Нюрнберг)*, который с каждым из 100 горняков провел серию из десяти экспериментов и предоставил материалы в распоряжение нашего Интернационального Архива в Цюрихе. Из этого материала мы выбрали только 25 случаев, где испытуемые находились в возрасте 30–40 лет, так как после 40 лет результаты могут искажаться возрастными изменениями. Рисунок 22f показывает групповые пропорции мажор-минорного индекса.

67,2% мажор : 32,7% минор = $2D : 1M$.

Так как эти рабочие были здоровыми людьми и находились в расцвете лет, правомерно рассматривать их как прототип энергичных мужчин, способных к упорной работе. Полное согласование полученных в эксперименте пропорций $D : M = 2 : 1$ с ожидаемыми в соответствии с генетической гипотезой позволяет считать эти пропорции нормой для мужчины, зарабатывающего на жизнь за счет своей физической силы.

Если мужчина поставляет в эксперименте пропорции $2D : 1M$, то мы считаем его нормальным по своей психосексуальности. Но так как психосексуальность отражает только один сектор существования, то мы не должны переносить эту психосексуальную нормальность на другие области без дополнительных исследований, так как вполне возможно, что сексуально нормальный человек может страдать патологией в каком-либо другом секторе жизни (например, мажор-минорный индекс у убийц, рис. 22g). То обстоятельство, что экспериментально выявляемые психосексуальные пропорции полностью согласуются с генетическим прогнозом, является еще одним доказательством того, что наш тест действительно является *биологическим* тестом, опирающимся на *генетический базис*. Именно этим наш тест отличается от всех других тестовых методов в психологии.

Проверка второго критерия

В соответствии со вторым критерием, мажор-минорный индекс у женщин должен показывать больше минор-, чем мажор-реакций. При этом пропорции у женщин не должны точно соответствовать $2M : 1D$, у женщин скорее обнаруживается

* Dreyer, H. Triebstruktur und Berufseignung. Triebdiagnostische Untersuchungen im Bergbau. Szondiana I. Huber, Bern und Stuttgart 1959. S. 156ff.

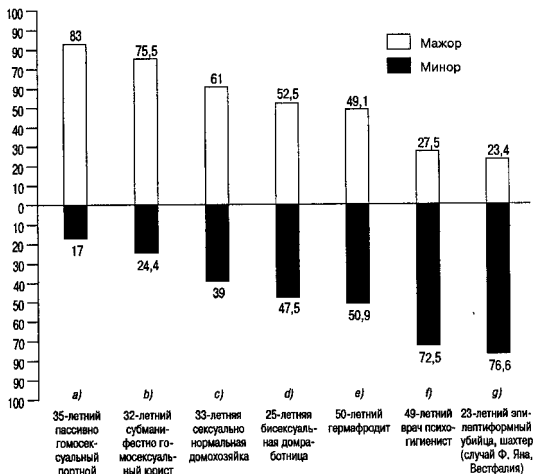


Рис. 21. Индивидуальные индексы сексуальности

немного больше *D-реакций*, так как половой генотип женщин отражается в формуле *ЖЖММ* (– 2 ♀ 2 ♂ гена, или, на нашем языке, *ММДД*), но всегда *ЖЖ* (♀) должно иметь больше возможностей для реализации, чем *ММ* (♂).

Случай 19 (Рис. 21с). В качестве примера разберем здесь мажор-минорный индекс 33-летней сексуально здоровой домохозяйки:

39% мажор : 61% минор = 1 мажор : 1,5 минор.

У этой женщины мажор-тенденции составляют более половины минор-стремлений, но последние все же сильнее реализуют свои притязания.

Проверка третьего критерия

В соответствии с этим критерием у гомосексуального мужчины должен обнаруживаться инвертированный индекс. Это означает в два раза (или даже в три, четыре и более раз) больше минор-, чем мажор-реакций. В качестве примера мы приводим случаи 20 и 21.

Случай 20 (Рис. 21а). У 35-летнего подмастерья портного, с юности не скрывающего свои гомосексуальные наклонности, обнаружился следующий индекс:

17% мажор : 83% минор = 1 мажор : 4,8 минор.

Случай 21 (Рис. 21б). 32-летний юрист, никогда не спавший с женщинами и интересующийся только мужским телом, «сражающийся» исключительно с мужчинами в своих снах и фантазиях при занятиях онанизмом. Таким образом, испытуемый субманифестно гомосексуален, его индекс:

24,4% мажор : 75,6% минор = 1 мажор : 4,8 минор.

Лесбиянки, которые почти всегда ведут бисексуальную жизнь, должны поставлять интерсексуальные пропорции (1D : 1M).

Случай 22а. 25-летняя бисексуальная работница отдела социального обеспечения дала такой индекс (рис. 21):

52,5% мажор : 47,5% минор = 1,1 мажор : 1 минор.

Случай 22б. 50-летняя женщина (рис. 21е), соматически и психически являющаяся гермафродиткой, поставила: 50,9% мажор- и 49,1% минор-реакций (1 ♀ : 1 ♂). Это полностью соответствует биологическим пропорциям интерсексуальности.

Эти четыре случая приведены здесь в качестве клинических примеров из широкого базиса точно проверенных фактов, что мажор-минорный индекс соответствует и третьему критерию.

Проверка четвертого критерия

В соответствии с *четвертым* критерием, смещение психосексуальных пропорций у психически больных людей, у представителей определенных профессиональных групп и у преступников всегда должно оказываться таким, каким оно ожидается в глубинной психологии.

Мы проверили этот критерий:

- а) на 40 мужчинах, страдающих паранойей (пример 23);
- б) на 9 женщинах, страдающих паранойей (пример 24)*;
- в) на 25 «нормальных» учителях (пример 25);
- г) на 25 «нормальных» учительницах (пример 26);
- д) на 19 проститутках из Парижа (пример 27);
- е) на 13 убийцах — жителях Будапешта, совершивших преступление под влиянием сильных аффектов (пример 28).

Случай 23 является *групповым индексом* 40 мужчин, страдающих параноидной шизофренией (рис. 22с):

59% мажор : 41% минор = 1,4 мажор : 1 минор.

Нормальными пропорциями у здоровых мужчин являются: 2 мажор : 1 минор. Уменьшение мажор- и повышение минор-реакций у больных паранойей хорошо согласуется с установленным Фрейдом фактом, что у параноидных мужчин очень сильны латентные женские компоненты в качестве предрасположенности к гомосексуальности. Поэтому мы и обнаруживаем смещение в психосексуальных пропорциях.

* В этой группе мы опираемся не на 9 реакций, а на 9 x 40 = 360 реакций (то есть 9 серий по десять экспериментов дают 9 x 40 векторных картин)

У женщин, страдающих параноидной шизофренией, наоборот, в соответствии с психоаналитическим опытом должны сильнее выступать *мужские (мажор-) компоненты*. И действительно, эти психоаналитические гипотезы подтверждаются экспериментально.

Случай 24 (рис. 22d) ставляет групповой мажор-минорный индекс *девяти женщин, больных параноидной шизофренией*:

65% мажор : 35% минор = 1,8 мажор : 1 минор.

Избыток мужских качеств у параноидных женщин здесь хорошо виден экспериментально.

*

Двумя последующими примерами мы хотим продемонстрировать применение мажор-минорного индекса в *глубинной психологии труда*.

Для получения экспериментального материала мы воспользовались архивом госпожи Суарез и господина Ролло, состоящим из 25 серий профилей *учителей* в возрасте 25–36 лет и 25 серий *учительниц* того же возраста.

Пример 25: Групповой мажор-минорный индекс 25 *учителей* (рис. 22b):

48,6% мажор : 51,4 минор = 1,4 мажор : 1 минор.

Пример 26: Групповой мажор-минорный индекс 25 *учительниц*:

42,4 мажор : 57,6 минор = 1 мажор : 1,3 минор (рис. 22a).

По-видимому, для профессии учителя характерно смещение психосексуальности в направлении интересексуальности. У *учителей оказывается больше минор-, а у учительниц — относительно больше мажор-натуры по сравнению с обычным населением*.

Пример 27: Групповой мажор-минорный индекс 19-ти *проституток* (рис. 22e). Применимость мажор-минорного индекса для выявления *инстинктивной структуры определенных профессий* лучше всего демонстрирует индекс 19-ти парижских проституток; данные собраны Эдвином Фанчером (Нью-Йорк) и опубликованы Сюзан Дери (Нью-Йорк)*. Групповой индекс:

67% мажор : 33% минор = 2 мажор : 1 минор.

Поэтому часть проституток психосексуально инвертирована. Эти экспериментальные данные хорошо согласуются как с безрассудной, напористой агрессией, так и с лесбийскими притязаниями проституток.

Обратите внимание на то, насколько сильно мажор-минорные пропорции этой группы проституток согласуются с данными горняков. Обе профессии являются жесткими мажор-профессиями.

Случай 28: 49-летний врач, который проявил себя в области психогигиены в качестве воинствующего гуманиста, показал следующие мажор-минорные пропорции (рис. 21f).

72% мажор : 27,5 минор = 2,6 мажор : 1 минор.

* Déri, S.; Differential Diagnosis of Delinquents with the Szondi, Journ. of Projektive Techniques. Vol. 18 Nr 1 1954 S. 36

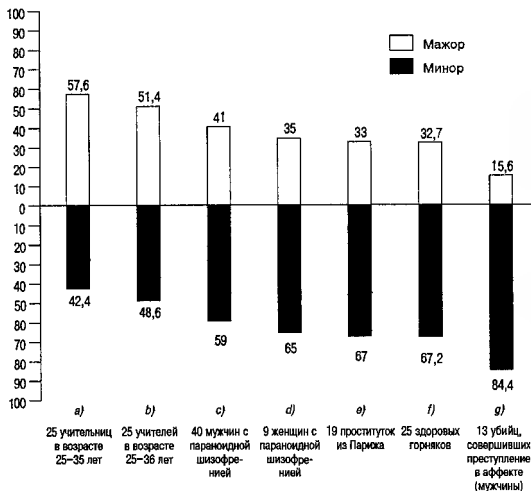


Рис. 22. Групповые индексы сексуальности

Таким образом, этому врачу удалось правильно социализировать свой избыток мажор-натуры путем борьбы за гуманизацию людей. Этот факт — как мы увидим в следующей главе — подтверждается и высоким социальным индексом врача (85%).

В заключение мы приведем групповой мажор-минорный индекс 13 убийц из Будапешта, совершивших преступления в состоянии сильного аффекта. Этот групповой индекс подсчитывался нами на основе группового теста С. Дери^{*}.

Пример 29а: Групповой мажор-минорный индекс 13 мужчин-убийц, совершивших преступления в состоянии сильного аффекта (рис. 22г):

84,4% мажор : 15,6% минор = 5,4 мажор : 1 минор.

^{*} Déri, S.: Differential Diagnosis of Delinquents with the Szondi. Journ. of Projektive Techniques. Vol. 18. Nr. 1. 1954. S. 35.

Если обратить внимание на то, что упорно работающий нормальный мужчина поставляет пропорции 2 мажор : 1 минор, а убийца, совершивший преступление в состоянии аффекта, 5,4 мажор : 1 минор-пропорции, то тогда ничего не остается, как признать необычайно высокую чувствительность мажор-минорного индекса.

Случай 29b: В качестве индивидуального примера я приведу здесь мажор-минорный индекс *эпилептиформного убийцы, совершившего преступление в состоянии аффекта*:

76,6% мажор : 23,4% минор = 3,2% мажор : 1 минор (рис. 21g).

На рисунке 21 представлены в виде диаграммы важнейшие *индивидуальные*, а на рисунке 22 — *групповые индексы* у здоровых и больных людей.

*

Кроме всего прочего, мажор-минорный индекс позволяет выяснить, в каких именно векторных пространствах индивидуум или группа проявляет минор-, а в каких — мажор-качества.

Одного взгляда на таблицу 16 достаточно, чтобы признать эту особую способность мажор-минорного индекса.

Табл. 16. Векторные мажорно-минорные пропорции

пример №	клинический диагноз	S	P	Sch	C
		D : M	D : M	D : M	D : M
19	25 здоровых горняков	437 : 54 8 : 1	146 : 165	238 : 122 2 : 1	152 : 134
20	нормальная домохозяйка	7 : 3	8 : 4	1 : 8	0 : 10
21	манифестировавший гомосексуалист, портной	1 : 12	1 : 10	5 : 5	2 : 12
22	субманифестно гомосексуальный юрист	1 : 10	8 : 2	2 : 6	0 : 14
23а	бисексуальная домработница	4 : 6	4 : 6	7 : 3	6 : 4
23б	гермафродит	20 : 2	1 : 9	2 : 8	4 : 7
24	40 мужчин с параноидной шизофренией	536 : 215	181 : 265	303 : 189	290 : 215
25	9 женщин с параноидной шизофренией	145 : 43	41 : 52	81 : 29	70 : 46
26	25 здоровых учителей	243 : 143	113 : 191	140 : 154	146 : 193
27	25 здоровых учительниц	116 : 177	42 : 255	174 : 107	179 : 155
28	19 проституток из Парижа	30 : 4	4 : 15	15 : 6	14 : 5
29	49-летний психогигиенист	7 : 3	7 : 3	8 : 2	7 : 3
30а	13 аффективных убийц (мужчин)	17 : 0	11 : 2	7 : 6	14 : 1
30б	23-летний эпилептиформный убийца	14 : 0	1 : 10	9 : 1	12 : 0

В примере 18 здоровые горняки поставляют в сексуальном пространстве в восемь раз больше мажор-, чем минор-реакций. А в сфере Я мажор-минорный индекс почти всегда равняется $2D : 1M$. В жизни аффектов и контактов мы обнаруживаем соотношение $D : M = 1 : 1$. Отсюда мы делаем вывод, что жесткие мужские черты манифестируются прежде всего в сексуальном пространстве и в сфере Я.

В случае 19: хотя у обычных домохозяек мажор-сексуальность и мажор-аффективность почти в два раза больше минор-природы, в сфере Я и в контактах доминирует «женщина».

В случае 20 упоминавшийся нами ранее манифестно гомосексуальный портной является в сексе, в аффектах и в жизни контактов в экстремальной степени женщиной. В сфере Я он отличается интерсексуальностью.

В случае 21 упоминавшийся ранее субманифестно гомосексуальный юрист показывает в сексуальной, эгоидной и контактной жизни почти только женские минор-реакции. И только в аффективной жизни он является мажор-человеком.

В случае 22a у бисексуальной работницы отдела социального обеспечения проявляется интерсексуальность во всех четырех секторах существования. Мажор-природа в сфере Я и в контактах является относительно более выраженной чертой ее личности.

В случае 22b 50-летняя гермафродитка (случай, предоставленный М. Вебб) проявляет в максимальной степени мужские качества в сексе ($20D : 2M$), и, наоборот, в жизни аффектов и в сфере Я показывает женские стороны ($1D : 9M$ и $2D : 8M$). В жизни контактов наблюдается почти полная интерсексуальность.

В примере 23 поражает то, что 40 параноидных мужчин только в аффективной жизни показывают минор-натуру, в остальном они всегда скорее мажор-натуры.

В примере 24 девять параноидных женщин, наоборот, являются интерсексуальными в аффективной жизни, а в сексуальной, эгоидной и контактной жизни — выраженными мужчинами, то есть инвертированными женщинами.

В примере 25 учителя отличаются женственностью в аффективной и контактной жизни, интерсексуальностью в сфере Я, и только в сексуальности они сохраняют доминирование мужских качеств.

В примере 26 учительницы, наоборот, имеют мужские черты в сфере Я, частично в контактах, и явно женственны в сексе и в жизни влечений.

В примере 27 проститутки из Парижа являются мажор-натурами в сексе, в сфере Я и в контактах, удерживая свою минор-натуру только в аффективной жизни.

В случае 28 упоминавшийся ранее психогигиенист во всех векторах сохраняет явно доминантную мажор-натуру.

В случае 29a убийцы, совершившие преступление под действием сильного аффекта, являются экстремальными мажор-людьми в сексуальной, аффективной и контактной жизни, и только их сфера Я, по-видимому, носит интерсексуальный характер.

В случае 29b 23-летний эпилептиформный убийца проявляет экстремальную мажор-натуру, но во время исследования обнаружилась мягкость в жизни аффектов.

В настоящее время эта таблица еще не позволяет делать окончательные выводы о конкретных профессиональных и патологических группах относительно мажор-минорных пропорций. Но она показывает алгоритм, посредством которого в будущем можно будет выявлять в различных пространствах влечений и сфере Я пропорции между «мажор» и «минор»-компонентами. Нужно также заметить, что на основе

одного мажор-минорного индекса нельзя судить о социальной ценности какой-либо персоны или группы людей. *Такое возможно только тогда, когда мы рассматриваем одновременно с сексуальным индексом еще и показатели социального индекса*, так как человек с высоким мажор-процентом и высоким социальным индексом — несмотря на свою мажор-натуру — будет отличаться высоким уровнем культурного развития и сможет проживать свои мажор-стремления на пользу общества в качестве «воинствующего» гуманиста (см. случай 28). Но если какая-либо персона наряду с высоким мажор-процентом дает экстремально низкий «социальный индекс», тогда мы, естественно, должны предположить наличие психической болезни или склонности к совершению преступлений (см. примеры 29a и 29b в таблице 18).

ГЛАВА 24 СОЦИАЛЬНО-ПОЗИТИВНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-НЕГАТИВНЫЕ ПРОПОРЦИИ

Социальный индекс

I. Основные положения экспериментальной диагностики социального поведения

С самого начала экспериментальная диагностика влечений на основе сделанных испытуемым выборов стремилась прийти к выводу о *социальном поведении* отдельной персоны или группы людей.

В качестве основы нам послужила опубликованная в 1952 году общая методика анализа края и середины. Обосновывая этот метод, мы писали: «На краю жизни влечений находятся потребности, сохраняющие жизнь самому индивиду и всему его биологическому роду, то есть факторы h, s, d и m . Краевые или маргинальные влечения строятся из противоположности чувственных, *животных* стремлений к удовольствию ($+h, +s, +d, +m$) и *гуманных* тенденций ($-h, -s, -d, -m$)».

Обе группы стремлений, как животные, так и гуманные, от природы существуют в каждом человеке, правда, выраженность их различна в зависимости от конкретного индивида. Какие именно стремления выйдут на передний план, зависит от *функции середины*.

Середина репрезентирует в жизни влечений систему цензуры. В тесте она тоже проявляется как в *социально-позитивной*, так и в *социально-негативной* группе стремлений, что мы уже обсуждали в главе 18.

Говорили мы и о том, что животная маргинальная группа захватывает власть над жизнью влечений, когда в середине господствует *социально-негативная* цензура.

И, наоборот, если господство в середине принадлежит социально-позитивной группе, то к власти приходят *гуманные* стремления.

Этот основной принцип социального оценивания конкретной личности или группы людей является в настоящее время ведущим в методе края и середины. Этот же принцип послужил в качестве фундамента для разработки социального индекса.

*

Посредством социального индекса мы пытаемся отразить выбираемые пропорции между социально-позитивными и социально-негативными векторными картинками, выражаем мы это в виде количественного показателя в процентах. Чем выше процент социально-позитивных векторных реакций, тем больше будет вероятность того, что тестируемая персона будет вести себя в жизни социально-позитивно.

На большом архивном материале один из моих сотрудников* исследовал векторные картины пространств $S-$, $P-$, $Sch-$ и $P-$; эмпирическим путем ему удалось действительно выявить 32 социально-позитивных и 32 социально-негативных векторных картины. На основе такой предварительной работы анонимный автор составил схему оценивания и передал все материалы нам для проверки. Проведенные дополнительные исследования убедительно доказывают возможность эффективного использования социального индекса.

Но до того, как мы обратимся к способу оценивания и результатам исследований, проведенных нашим сотрудником, мы должны определиться с особым психодиагностическим понятием — *социальным поведением*. Глубинно- и эго-психологически при оценивании социального поведения отдельной персоны или целой группы людей мы можем применять те же самые критерии, которые выставил Херберт Маркузе, проанализировав социологическую литературу о семье¹.

А. Естественные функции:

1. Продолжение, сохранение и размножение рода. Сюда же относятся забота и уход за потомством.

Поэтому будет правильным расценивать реакцию $S++$ в качестве социально-позитивной, а реакции $S+-$ и $S-+$ как социально-негативные.

Асоциальными будут гомосексуальные мужчины и женщины-лесбиянки, так как они отказываются от продолжения рода.

2. Удовлетворение половой потребности естественным способом, что лучше всего в виде «природной цели» реализуется в семье.

Сексуально перверсивные индивиды чаще всего оказываются асоциальными (рис. 23).

* Пожелавший остаться анонимным.

¹ Marcuse, Herbert.; *Autorität und Familie in der deutschen Soziologie bis 1933 im Sammelbuch «Autorität und Familie»*, Studien aus dem Institut f. Sozialforschung. Bd. V. F. Alcan, Paris, 1936, S. 745.

Вектор реакт.	S	ΣR	СОЦ		P	ΣR	СОЦ		SCH	ΣR	СОЦ		C	ΣR	СОЦ	
			+	-			+	-			+	-			+	-
0 0	+				-				-				+			
0 ±	-				+				-				-			
0 +	-				-				-				+			
0 -	-				-				-				-			
± 0	+				+				+				+			
± ±	-				+				+				-			
± +	+				+				+				+			
± -	+				+				+				+			
+ 0	-				-				-				-			
+ ±	-				+				-				-			
+ +	+				+				-				-			
+ -	-				+				-				-			
- 0	+				-				+				+			
- ±	+				-				+				+			
- +	-				-				+				+			
- -	+				-				+				-			
ΣR					ΣR				ΣR				ΣR			
$\Sigma !$					$\Sigma !$				$\Sigma !$				$\Sigma !$			
$\Sigma \text{СОЦ} (+ -)$																

$\Sigma \text{СОЦ}$		$\frac{(\text{СОЦ}+) \times 100}{(\text{СОЦ}+) + (\text{СОЦ}-)} = \text{---} =$	%
+	-		

Рис. 23. Индекс социальности

В. Социальные функции:

3. Забота о сохранении и приумножении собственности в качестве источника семейного богатства.

В соответствии с социальным индексом социально-позитивными считаются только те индивиды, которые являются дельными профессионалами, достаточно зарабатывающими на свое существование и на жизнь своей семьи. С этим связан четвертый критерий:

4. Трудовой коллектив в рамках семьи, а в более широком смысле — в рамках общества.

5. Общество потребления.

Критерии 3–5 Маркузе объединяет под общим названием — «экономическая кооперация». Индивиды, которые устрояются от такой кооперации в рамках семьи или общества, считаются асоциальными.

6. *Забота о поддержании религиозных традиций* и сохранении религиозных функций.

7. *Умение отдыхать и веселиться.* Люди, которые в свое свободное время постоянно изолируются от семьи и общества, считаются асоциальными.

8. *Сохранение, поддержание и способствование расцвету культуры.* В этом смысле Маркузе особенно выделяет *функцию воспитания*, а также посредничество при передаче традиционных моральных и духовных ценностей.

Согласно этому в качестве социально-позитивных будут оцениваться векторные реакции $S - -, Sch \pm \pm, \pm +$.

Но, конечно, нельзя утверждать, что *любая персона в равной степени должна позитивно соответствовать всем восьми критериям социального поведения.* Ведь человек пока находится в начале своего социального развития.

Так что и утверждение анонимного автора, что *социальный индекс, то есть процентная величина социально-позитивных реакций обычного человека, находится между 40 и 50%*, по-видимому, действительно соответствует реальности. Социальные показатели выше 80% являются чрезвычайной редкостью.

*

II. Методы протоколирования и подсчета социального индекса

1. Проводим эксперимент (от восьми до десяти профилей).

2. Вносим частоту отдельных векторных (S, P, Sch, C) реакций в вертикальную рубрику ΣR , а также в пустые клетки СОЦ под соответствующими знаками + или -.

3. Горизонтальные ΣR внизу таблицы должны соответствовать числу полученных экспериментальных профилей (для контроля протоколирования).

4. Далее в горизонтальной рубрике $\Sigma !$ *протоколируются все количественные избыточности, причем все они считаются социально-негативными*, так как любая повышенная напряженность влечения в определенных обстоятельствах может представлять опасность для общества.

5. В горизонтальной рубрике (Σ СОЦ + -) мы складываем показатели двух предыдущих горизонталей, то есть, к ΣR прибавляем ΣI (Мы еще раз повторяем, что ΣI причисляется к Σ СОЦ -).

Посредством такого способа подсчета становятся видны выбираемые пропорции реакций СОЦ + и СОЦ - для каждого вектора. Теперь можно точно сказать, в каком векторном пространстве персона реагирует социально-позитивно или социально-негативно.

6. Последняя рубрика суммирует все векторные суммы реакций СОЦ + и СОЦ -, а сам социальный индекс подсчитывается по формуле:

$$\frac{(\text{соц}+) \times 100}{(\text{соц}+) + (\text{соц}-)} = \dots \% \text{ (рис 23).}$$

III. Результаты исследований здоровых и больных людей при помощи социального индекса

При определении социального индекса анонимный автор исходил из хорошо известного теоретического среднестатистического профиля среднего человека, этот профиль я выявил в 1937 году при нормировании тестовых картин*:

	S	P	Sch	C
a) Переполненный тревогой средний человек	+ +	- -	- -	+ -
b) Грубый и злонамеренный средний человек	+ +	- +	- -	+ -
	Край	Середина		Край

Индивиды с такими обычными профилями имеют социальный индекс, равный 50%. Как видно из рис. 23, эти люди будут социально-позитивными в векторах S и Sch, а в векторах P и C, наоборот, — социально-негативными.

«Добродушный, справедливый» средний человек со своим профилем

S	P	Sch	C
+ +	+ -	- -	+ -

уже будет иметь социальный индекс 75%.

После этого анонимный автор подсчитал социальные индексы всех случаев из «Патологии влечений» (том I) и из базы данных, находящейся в Интернациональном архиве (Цюрих). В общем автором было исследовано 333 случая (25 учительниц,

* См. заключительную главу этой книги.

25 учителей, 88 людей, больных туберкулезом, 88 преступников и 30 пожилых людей, больных глаукомой). В таблице 17 мы приводим обобщенные результаты.

На рис. 24 можно увидеть результаты подсчета групповых социальных индексов в графическом виде.

Графическое отображение распределения социально-позитивных и социально-негативных реакций по отношению к критической социальной норме, принятой за 40%, представлено на рис. 25.

Наши сегодняшние тестологические знания относительно социального поведения на основе обсуждаемой работы анонимного автора можно обобщить следующим образом:

I. По-видимому, нормальной областью для социального индекса будут показатели, находящиеся между 40 и 50%.

II. Криминальные и пerversивные психопаты, душевнобольные и пожилые люди, которые хотя еще и могут видеть, но зрение их уже находится под угрозой (глаукома), поставляют асоциальные показатели, то есть такие, которые находятся ниже 40%. Таким образом, по показателю социального индекса ниже 40% мы еще не можем делать вывод о криминальной, антисоциальной деятельности, а только об асоциальном поведении.

III. У страдающих неврозами, наоборот, наблюдаются очень высокие показатели социального индекса, достигающие 60–75%. Это подтверждает известную идею Фрейда о том, что при невротизме цензура Сверх-Я отличается чрезмерной строгостью.

IV. Люди, которые помогают обществу выполнять самые тяжелые физические работы (как, например, горняки), поставляют индекс 46,9.

V. Столь же высоко с позиции социального индекса оценивается социальное поведение учителей (47%) (см рисунок 25).

VI. Относительно высок социальный индекс у учительниц: 55,3%.

VII. Наиболее высокий индивидуальный показатель анонимный автор обнаружил у одной учительницы (95,2%) и у одного из ученых-психогигиенистов (85%).



Рис. 24. Графическое отображение групповых социальных индексов

Табл.17. Результаты исследований индекса социальности у нормальных и больных

случай в 1 томе «Патолог. поб.»	профессия	заболевание	общий индекс соц.	векторный, парциальный индекс социальности				
				S	P	Sch	C	
нормальные								
4	психогигиенист	—	85,0	10 0	9:1	8:2	7:3	
9	ученик слесаря	—	44,0	6:11	5:5	10:0	1:12	
10	домохозяйка	—	50,0	4:6	0:10	9:1	7:3	
15a	инженер ППП	—	50,0	3:12	10:1	2:8	9:3	
15b	инженер ЭКП	—	53,3	7:3	2:9	8:4	7:5	
15a	инженер ТКП	—	45,8	8:7	1:11	8:2	6:6	
11	подсобный рабочий	в возрасте 80 лет	17,8	1:17	3:7	4:12	2:10	
шизофрения								
16	часовщик	параноид	14,3	2:12	4:8	0:11	0:12	
17	домохозяйка	параноидно-депресс. суицид	22,0	0:10	7:3	4:6	0:18	
18	органистка	маниформный параноид	18,9	2:24	7:3	2:9	0:11	
19	часовщица	депрессивный параноид	21,1	2:11	7:3	1:11	1:16	
20	студ. медик	кататонический параноид	30,7	1:16	5:5	10:3	0:12	
21	гимназистка	инфантильный параноид	44,4	8:3	4:7	0:13	8:2	
22	механик	кататония	31,6	8:21	1:9	9:1	1:10	
24	слесарь	гемблидно-параноидн. суицид	26,2	10:47	0:17	9:6	7:3	
25	портной	манио-гемблид	23,8	7:24	3:9	3:7	2:8	
26	домохозяйка	гемблид и параноид	30,7	10:35	0:11	10:2	4:6	
ипохондрия								
27	—	бациллофобия, невроз	63,4	6:3	8:5	4:6	8:1	
28	администратор	психотическая ипохондрия	31,2	1:9	4:14	10:0	0:10	
деперсонализация								
29	помещик	деперсонализация	46,8	10:11	0:11	10:0	5:5	
меланхолия								
30	домохозяйка	меланхолия	9,8	1:10	1:11	3:11	0:14	
мания								
31	домохозяйка	мания	36,2	10:22	5:5	9:5	1:12	
сексуальные патологии								
5	портной	гомосексуал.	19,5	0:12	2:8	7:3	0:14	
7	диспансерная сестра на фабрике	гомосексуал.	22,2	10:17	4:7	0:10	0:15	
8	служущая соцобеспечения	бисексуальная	47,3	6:4	5:5	3:7	4:6	
6	художник	мазохизм	30,9	17:14	8:2	2:8	0:14	
31	студент	мазохизм	15,0	0:21	4:6	2:8	2:10	
32	студент	фетишизм	33,3	0:14	5:1	0:7	6:0	
преступность								
34	полковник жандармерии	военный преступник	30,3	7:13	2:8	3:12	5:6	
36	—	гомосексуальный убийца	29,8	6:16	1:9	9:4	1:11	
37	пекарь (обманщик)	датубийца	24,1	4:2	1:5	1:7	2:8	
психопатия								
1	печатник	психопатия	11,7	22:10	1:9	3:7	0:19	
36	заводилом	пьяница	30,3	4:11	2:4	0:6	4:2	
неврозы								
3	актриса	параноидный невроз навязчивых состояний	60,0	0:6	4:2	6:1	5:1	
40	скульптор	невроз навязчивых состояний	62,5	3:7	10:0	10:0	2:8	
41	—	конверсивная истерия	60,0	3:9	9:1	6:4	2:10	
42	—	эпилепсия	59,1	9:1	5:11	7:3	8:3	
43	медик	фобия	75,0	10:0	3:7	9:1	9:1	

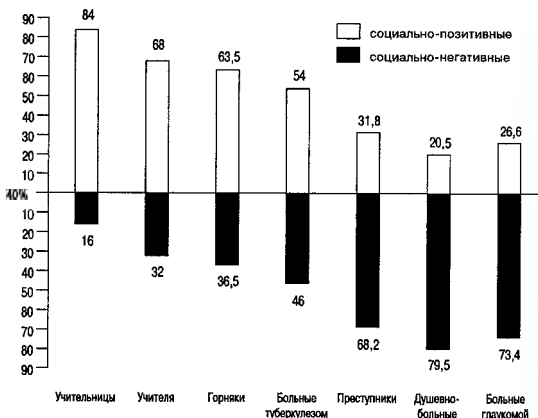


Рис. 25. Графическое распределение социально-позитивных и социально-негативных реакций по отношению к нормированному показателю (40%)

VIII. Хронические соматические заболевания, особенно туберкулез, ослабляют социальную цензуру; поэтому мы обнаруживаем у таких больных социальный индекс на критической отметке 40%.

Приведем несколько примеров из материала, на котором мы проверяли этот метод.

Случай 30 (данные получены от Э. Штумпера из Люксембурга, Эттельбрюк). Социальный профиль одного из убийц на почве полового извращения.

У 25-летнего рабочего Дж. Н. в 1951 году был определен социальный индекс 25,4%, а шесть лет спустя — 33,3%. Оба показателя оказываются ниже критической социальной отметки (40%).

Фрагмент из истории болезни подтверждает адекватность выявленного социального индекса, а именно: этот мужчина действительно отличается асоциальностью.

Дж. Н. происходит из наследственно отягощенной семьи: его отец был алкоголиком, а у двух братьев обнаружилось антисоциальное поведение. Н. воспитывался в бедной, асоциальной среде. Однако он был не самым плохим учеником в начальной школе, он стал простым рабочим, несколько раз менял место работы. Легко вступает с людьми в контакты, правда, они отличаются поверхностностью. По-видимому,

его аффекты носят примитивный характер; у него проявляется аморальность, никаких более высоких или выходящих за узко личностную сферу интересов у него не обнаруживается. Он какое-то время навещал одну проститутку, жил вместе с вдовой, а впоследствии завел подругу. По-видимому, нет никаких перверсивных отклонений.

В личном деле Н. есть записи о семи судебных приговорах: за воровство, драки с нанесением травм, за мошенничество и т. д. Особое внимание привлекают следующие проступки:

1946: I. Попытка путем применения насилия отнять у 16-летней девушки велосипед. Тогда не удалось доказать, что Н. имел намерение ее изнасиловать, но скорее всего, именно этого он и хотел.

1951. II. Физическое нападение на невинную 14-летнюю девушку; нарушение общественной морали; ношение в общественных местах униформы, не принадлежащей ему; два эпизода воровства.

III. Сейчас Н. находится в предварительном заключении из-за изнасилования и убийства 12-летней девочки.

Мы можем легко выявить опасные зоны антисоциальности Н. на основании факторных пропорций:

Векторы	S	P	Sch	C	Тотально
Социальное поведение	соц + : соц -	соц + : соц -	соц + : соц -	соц + : соц -	соц +
I. Серия (1951)	0 : 24	10 : 0	0 : 11	4 : 6	25,4
II. Серия (1957)	0 : 41	6 : 4	4 : 6	5 : 6	33,3

Таким образом, этот мужчина отличается сильной асоциальностью в сексуальной жизни, а также в сфере Я. И действительно, он является сексуальным преступником.

Повышение социального индекса во второй серии связано с пребыванием под следствием, что обычно сказывается на результатах подобным образом. О высокой надежности этого метода свидетельствует следующее:

Во-первых, то обстоятельство, что через шесть лет (1957 г.) после совершения убийства на почве полового извращения Н. все еще показывает в сексуальном векторе 0 : 14 социально-негативных реакций. Во-вторых, этот убийца и после совершения своего преступления выдает асоциальный индекс (33, 3%).

*

Пример 32: групповой социальный индекс 13-ти убийц из Будапешта, совершивших преступления в состоянии сильных аффектов (материал из архива С. Дери).

Векторы	S	P	Sch	C	Тотально
Социальное поведение	соц + : соц -	соц + : соц -	соц + : соц -	соц + : соц -	соц +
Пропорции	4 : 12	1 : 12	9 : 4	0 : 15	25,6%

Таким образом, векторный социальный индекс показывает следующее:

1. Наибольшую социальную неадекватность эти убийцы показывают в жизни контактов ($C = 0 : 15$).
2. Кроме того, чрезвычайно велика опасность антисоциальных проявлений в жизни аффектов ($P = 1 : 12$).
3. Еще больше увеличивает антисоциальность этих убийц асоциальная сексуальная жизнь.

Да и сам по себе тотальный социальный индекс, равняющийся 25,8%, достаточно ясно свидетельствует об антисоциальных возможностях поведения у представителей этой группы.

Когда социальный индекс преступников, тестируемых во время нахождения в заключении на дознании, парадоксальным образом показывает очень высокую социально-позитивную величину (70–90%), психолог стоит перед вопросом, не совершен ли криминальный проступок «следоходом» персоны. В таких случаях необходимо исследовать *ThKP* на возможные склонности к преступлению, воспользовавшись для этого методом края и середины, а после этого подсчитать социальный индекс «следохода». Если мы обнаруживаем в профиле «следохода» (*ThKP*) показатели аутизма ($Sch + -$), алчности и стремление все накапливать ($Sch + 0, + +$) или запущенность ($C 0 -I, + -I$) и т. д., а социальный индекс *ThKP* меньше 50% или 40%, то скорее всего виновником преступления является «следоход». Не всегда «следоход» должен неизбежно поставлять низкий социальный индекс, когда «проводник» является социально-позитивным. (См. таблицу 17, случаи 15а, b, c). Восемь векторных картин (из 64) по схеме анонимного автора (рис. 23) будут одновременно социально-позитивными или социально-негативными, как в *VGP*, так и в *ThKP*.

$\xleftrightarrow{VGP \quad ThKP}$		
$S + +$	$S - -$	} Обе социально-позитивные
$P 0 \pm$	$P \pm 0$	
$S + -$	$S - +$	} Обе социально-негативные
$C + +$	$C - -$	

По мнению А. Фридемманна (Биль), неизменность социально-позитивного «проводника» может пониматься и как показатель симуляции, свидетельствующий о причастности к преступлению «следохода».

*

IV. Сравнительные исследования сексуального и социального индекса

Мы уже говорили о том, что социальное оценивание степени опасности мажор-показателей какой-либо персоны возможно только при одновременном учитывании показателей социального индекса. Мы проверили эту гипотезу, подсчитав в случаях 18–29 наряду с мажор-минорным индексом и социальный индекс.

Таблица 18. Сравнительные исследования сексуального и социального индексов

Случай Пример	Профессия или клинический диагноз	Мажор- индекс (%)	Социальный индекс (%)
18	25 горняков	67,2	46,9
19	35-летняя здоровая домохозяйка	39,0	47,5
20	35-летний манифестный гомосексуальный портной	17,0	19,1
21	32-летний субманифестный гомосексуальный юрист	24,4	24,4
22	25-летняя бисексуальная работница соц. службы	52,5	50
23	40 мужчин с параноидной шизофренией	59	33,9
24	9 женщин с параноидной шизофренией	65	30,3
25	25 учителей	48,6	47
26	25 учительниц	42,4	55,3
27	19 проституток	67	52,1
28	49-летний психогигиенист	72,5	85,0
29a	13 убийц-мужчин, совершивших преступление в состоянии аффекта	84,4	25,8
29b	23-летний заплепеточный убийца, совершивший преступление в состоянии аффекта	76,6	36

Таблица 18 показывает предварительные результаты этого сравнительного исследования.

Эта таблица не позволяет сделать окончательный вывод о корреляционных взаимоотношениях между сексуальным и социальным индексом. Для этого исследователь нуждается в проведении еще многих сотен серий экспериментов со здоровыми и больными людьми. Но некоторые выводы мы можем сделать уже сейчас на основании этой таблицы:

1. Мужчины с необычайно низкими мажор- и социальными индексами могут быть гомосексуалистами (случаи 20 и 21).
2. Мужчины и женщины с относительно высоким мажор- и низким социальным индексом могут оказаться психически больными индивидами (пример 23, 24).
3. Мужчины с экстремально высоким мажор- и экстремально низким социальным индексом могут быть заряженными аффектами насильниками (убийцами) (примеры 29a и 29b).
4. Мужчины с относительно высокими мажор- и социальными индексами могут оказаться «воинствующими гуманистами» (случай 28).

*

В нашем распоряжении в настоящее время нет материала с данными результатов пропорциональных методов, относящихся к «следах» (ТНКР). Применение обоих методов на больших группах здоровых людей-профессионалов и в различных категориях психически больных пациентов и у преступников остается задачей будущего.

РАЗДЕЛ X

ФАКТОРИАЛЬНЫЙ АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ. СВОБОДНЫЕ АССОЦИИ НА КАРТОЧКИ ТЕСТА

Представленные нами качественные, количественные и пропорциональные методы истолкования имеют общую черту *невербальности*. В качестве фундамента этих методов, естественно, служат «бессловесные» выборы. А это означает, что истолковываются не словесные высказывания И., а его невербальные действия. Это отличает наш тест выборов от хорошо известных тестов «высказываний», именно поэтому мы и называем его «*корневым тестом*» в отличие от «*тестов представлений*», при которых интерпретируются называемые И. образы и представления.

Но это основополагающее различие отнюдь не исключает возможности того, что карточки тестового аппарата *после* обязательно делаемого невербального выбора *дополнительно* используются и в качестве стимульного объекта для ассоциаций, то есть для бессознательных инсайтов — в смысле фрейдовского метода свободных ассоциаций (инсайта), использовавшегося при толковании сновидений.

Критерии применения метода инсайта в работе с нашими карточками:

И. В 1947 г. я описал метод ассоциативного факторного эксперимента (в первом издании учебника). Из выбранных двенадцати симпатичных и двенадцати несимпатичных карточек перед И. заново, теперь уже по отдельности, раскладываются карточки со следующей инструкцией:

«Внимательно еще раз посмотрите на эту карточку и скажите, что вы при этом чувствуете, о чем или о ком вы при этом думаете». В работе со взрослыми мы дополнительно спрашиваем: «*Какой, как вы думаете, могла быть судьба у этого человека?*».

Мы ожидаем от И. бессознательных инсайтов относительно изображенных на карточках персонах и *вовсе не ограничиваемся чисто формальными, поверхностными ассоциациями*. Поэтому мы не ограничиваем время проведения эксперимента. При необходимости мы просим И. ассоциировать и дальше, причем, естественно, мы не должны своими вопросами произвольно направлять его ассоциации. Полученные ассоциации мы распределяем по категориям в соответствии со схемой, показанной в пункте III.

II. Этот метод применяется и для выявления *специфического провоцирующего характера отдельных карточек* и служит нескольким целям:

- как и в психоанализе, мы получаем важный *бессознательный* материал, который может осветить травматический генезис психического расстройства;
- И. очень часто описывает собственное положение в семье, в обществе. Чаще всего И. изображает перед нами свою собственную судьбу;
- при этом методе обнаруживаются *симптомы, которые могут быть использованы для дифференциации неврозов и предпсихотических состояний или манифестных психозов*. Такой способ применения нашего теста особенно важен при психодиагностике пограничных состояний, когда у нас нет возможности провести полный восьми- или десятисерийный эксперимент.

III. *Распределение факторных ассоциаций на карточки.*

A. Объективные, поверхностные ассоциации.

1. Формальное описание карточки: может быть целостным или частичным.
2. Формальное описание персоны:
 - a) на основе эстетических признаков (красота, уродство и т. д.);
 - b) на основе ума (глуп, рассудителен и т. д.);
 - c) на основе душевного состояния (веселый, печальный и т. д.);
 - d) на основе патологических признаков (шизофреник, маньяк и т. д.).

B. Чисто инстинктивно-факторные ассоциации, полностью соответствующие провоцирующему характеру карточек. Мы называем такие ассоциации *адекватными фактору*.

C. Субъективные, неадекватные фактору ассоциации. В этих случаях карточки теряют свой факторно-провоцирующий характер; ассоциации определяются комплексами.

1. *Ассоциации, обусловленные комплексами или бредовыми идеями:*
 - a) переднеплановые ассоциации-комплексы;
 - b) заднеплановые ассоциации-комплексы;
 - c) инвертированные ассоциации-комплексы (например, гомосексуальные ассоциации на карточки садистов и наоборот, или параноидные ассоциации на карточки кататоников).
2. *Нарушения понимания карточек:*
 - a) исчезновение границ между действительностью и экспериментом;
 - b) иллюзии и ошибки в восприятии.
3. *Расстройства рассудка:*
 - a) неадекватные, непонятные ассоциации;
 - b) персеверации;
 - c) конфабуляции.
4. *Расстройства идентификации:*
 - a) высказывания об идентичности изображения и испытуемого;
 - b) высказывания об идентичности изображения и одного из знакомых испытуемого.

5. Расстройства аффективного поведения испытуемого:

- a) реакции шока и блокировки;
- b) реакции ярости и гнева;
- c) плач-смех;
- d) полубоморочное состояние.

IV. Глубинно-психологически необходимо интерпретировать только те инсайты, которые в действительности содержат бессознательный материал. Поверхностные ассоциации диагностически совершенно бесполезны. К сожалению, некоторыми исследователями уделяется недостаточное внимание этому критерию, и поэтому они приходят к совершенно неправильным выводам относительно ассоциативного воздействия отдельных карточек.

V. Наиболее важным диагностическим проявлением метода инсайта при работе с тестовыми карточками является, на наш взгляд, то, что карточки могут терять свой провоцирующий факторный характер и И. начинает на факторно различающиеся карточки постоянно реагировать одним и тем же комплексом. Именно такой факторно неадекватный, моносимптоматический способ реагирования часто выявляет скрытый тип заболевания у персоны. В главе XXVI мы приведем соответствующие примеры. Но вначале мы должны рассмотреть так называемые факторно-адекватные инсайты.

ГЛАВА 25

ФАКТОРНО-АДЕКВАТНЫЕ ИНСАЙТЫ К ТЕСТОВЫМ КАРТОЧКАМ

I. Ассоциативное воздействие карточек гермафродитов

Случай 32. Испытуемым был 28-летний учитель гимназии. Ко времени исследования он не догадывался о факторном значении тестовых карточек. Предъявляемая карточка: I. III (то есть карточка № 1 в группе III). Эта карточка изображает трансвестиста. Из ряда ассоциаций этого И. я привожу следующий фрагмент:

«Слишком отвратителен, омерзителен, какой-то из себя чересчур слюнявый, скользкий, агрессивный, надменный, самоуверенный, моложавый, склонен к террору; я испытываю страх, видя его, чувствую себя недостаточно защищенным от его нападений; он наводит ужас, я боюсь его... лагерь. . сейчас в моей памяти возникают гомосексуальные события; он мог бы быть футболистом, или скорее тренером, соблазняющим молодых ребят. Сейчас мне приходит в голову история о массовых гомосексуальных совращениях...»

Мы видим, что карточка категории *h* безо всякого промедления оказала свое специфическое воздействие. За несколько минут эта карточка ввела И. в мир представлений гомосексуалиста.

2. Ассоциативное воздействие карточек убийц

Случай 33. И. является женщиной-психологом, которая главным образом занимается сумасшедшими в психиатрической клинике. Ко времени проведения теста ассоциаций ей еще не был знаком провоцирующий характер отдельных карточек. Предъявляемая карточка: 2. I, убийца. Ассоциации:

«Садист, убийца, сексуальный садист... Это связано с криминальной психологией, убийство ребенка по сексуальным мотивам, убийца заманил свою жертву в лес и там убил... Пролетарий, шофер или мясник... Какая-то дама идет по улице, неожиданно с ней случается нервный припадок, а через четыре недели оказывается, что она убита... Шарманка, карусель... Запах карбида... Воздушный шарик... Клоун... Директор передвижного цирка, мечтает о льве... он обращается со своими зайцами, словно он сам является львом...»

Картина убийцы «заманила» И. в соответствующий круг ассоциаций: убийца, садист, мясник, лев.

3. Ассоциативное воздействие карточек эпилептиков

Хорошо известно, что фактор *e* вместе с фактором *hy*, наряду с такими грубыми аффектами, как гнев, ненависть, ярость, мстительность, определяет еще и этические, социальные потребности людей. Право и бесправность, доброта и злоба, вина и грех, черт и дьявол, Каин и Авель являются теми противоположностями, при которых выбор зависит от соответствующего состояния фактора *e*.

Случай 34. Нашим испытуемым опять является 28-летний учитель гимназии, как и в случае 32. Предъявляемая карточка: 7. IV, эпилептик. Ассоциации:

«Социально хорошо адаптированный человек, легко нашел свое место в обществе... его отец мог бы быть судьей... он же сам пока еще судья-практикант. Но он может стать и полной противоположностью — революционером... Сейчас мне в голову приходят мысли, от которых мне нелегко отвязаться, что это мог бы быть кто-то из русских, например, Достоевский. За внешними проявлениями этого изображенного человека, по-видимому, скрывается анархия. Это ученый, прячущий заряженный револьвер. Судьба этого анархиста интересна. Я чувствую, как все в нем напряжено, и вовсе не так, как было на первой карточке (сравни ассоциации этого же И. с ассоциациями на предъявленную ему карточку 1. III, трансвестист, пример 1). Что-то великое можно осуществить только тогда, когда деятельность питается большим недовольством и напряженностью. Даже если ему удастся покушение, это его вовсе не успокоит, у него в крови разбой, он стремится к чему-то такому, чего еще никогда не было. Если его страшное посягательство не относится к разряду

Таблица 19. Происхождение портретов тест-аппарата

№ места	Серия I	Серия II	Серия III	Серия IV	Серия V	Серия VI
1	<i>k</i> Вейгандт с. 380 рис. 153	<i>hy</i> Бинсвангер с. 379 рис. 20	<i>h</i> Сонди	<i>p</i> Вейгандт с. 361 рис. 145	<i>e</i> Сонди	<i>m</i> Вейгандт с. 320 рис. 113
2	<i>s</i> Стробль Стокгольм	<i>m</i> Вейгандт с. 329 рис. 121	<i>e</i> Вейгандт с. 278 рис. 85	<i>hy</i> Вейгандт с. 250 рис. 78	<i>d</i> Вейгандт с. 314 рис. 109	<i>h</i> Хиршфельд II. с. 54 рис. 5 табл. II
3	<i>p</i> Вейгандт с. 360 рис. 144	<i>e</i> Вейгандт с. 276 рис. 84	<i>s</i> Стробль Стокгольм	<i>d</i> Вейгандт с. 344 рис. 139	<i>hy</i> Вейгандт с. 253 рис. 79	<i>k</i> Вейгандт с. 381 рис. 156
4	<i>d</i> Шольц с. 160 рис. 119	<i>h</i> Хиршфельд II. с. 105 табл. IV	<i>m</i> Вейгандт с. 344 рис. 138	<i>k</i> Вейгандт с. 439 рис. 196	<i>p</i> Кирххоф с. 168 рис. 42	<i>s</i> Стробль Стокгольм
5	<i>h</i> Хиршфельд II. с. 171 табл. VI	<i>d</i> Вейгандт с. 340 рис. 131	<i>k</i> Вейгандт с. 396 рис. 170	<i>m</i> Вейгандт с. 303 рис. 95	<i>s</i> Стробль Стокгольм	<i>p</i> Вейгандт с. 444 рис. 200
6	<i>e</i> Вейгандт с. 274 рис. 82	<i>p</i> Вейгандт с. 359 рис. 143	<i>d</i> Вейгандт с. 327 рис. 120	<i>s</i> Стробль Стокгольм	<i>k</i> Вейгандт с. 398 рис. 171	<i>hy</i> Сонди
7	<i>m</i> Вейгандт с. 339 рис. 130	<i>s</i> Стробль Стокгольм	<i>hy</i> Вейгандт с. 249 рис. 77	<i>e</i> Вейгандт с. 275 рис. 83	<i>h</i> Сонди	<i>d</i> Вейгандт с. 228 рис. 71
8	<i>hy</i> Бинсвангер с. 383 рис. 22	<i>k</i> Вейгандт с. 419 рис. 189	<i>p</i> Вейгандт с. 531 рис. 252	<i>h</i> Хиршфельд II. с. 145 табл. V	<i>m</i> Вейгандт с. 298 рис. 88	<i>e</i> Вейгандт с. 279 рис. 86

А. Немецкие источники

1. Вейгандт В.	Психиатрия. Лехмана. Мюнхен, 1901	30 портретов	} 38
2. Хиршфельд М.	Промежуточные ступени сексуального развития. Бонн, 1918	4 —"	
3. Бинсвангер О.	Истерия. Хольдер. Вена, 1904	2 —"	
4. Кирххоф Г.	Выражение лица. Шпрингер. Берлин, 1922	1 —"	
5. Шольц Ф.	Учебник психотерапии Е. Г. Майер. Лейпциг, 1892	1 —"	

<i>Б. Шведские источники</i> (от С. СТРОБЛЯ)	6 —"	} 10
<i>В. Венгерские источники</i> (от Л. СОНДИ)	4 —"	

убийств, то это все равно вне привычных рамок, скажем, использование какой-либо адской машины».

Образ эпилептика мобилизировал классические эпилептоидные ассоциации: «революционер, покушение, выход за привычные рамки» и т. д.

Успех так называемой «судорожной» терапии при параноидной шизофрении посредством лечения инсулином, кардиазолом, электрошоком основывается, на наш взгляд, на смене доминирующих потребностей *p* и *e*. При параноидной шизофрении манифестной является потребность *p*, а потребность *e* — латентной. Посредством вызывающего судороги шокового воздействия искусственно провоцируется смена доминирования; пациент получает эпилептиформные судороги и теряет — конечно, только на определенный период — привычную для себя параноидно-шизофреническую натуру влечений. Нам было интересно экспериментально установить, каким образом страдающий паранойей реагирует на *e*-картины непосредственно после судорожного лечения кардиазолом.

Случай 35. Испытуемым был 28-летний учитель гимназии, диагноз которого — параноидное предшизофреническое состояние. Предъявляемая карточка: 6, I, эпилептик.

«Этого мужчину я не могу сейчас назвать несимпатичным, хотя раньше он и был мне очень антипатичным. Он выглядит похожим на меня... но, похоже, нет... он более мужественен, чем я... Возможно, он является психотиком... шизофреником... он страдает от расщепленности своего сознания... он когда-либо уже пережил период сумасшествия... Я чувствую сейчас себя таким, словно бы я получил инъекцию кардиазола... у меня появилась тревога... чувствую, что сейчас появятся судороги...»

Карточка категории *e* подействовала на больного параноидной шизофренией примерно так, как само лечение кардиазолом, больной почувствовал приближение судорог. Чего же большего можно ожидать от *e*-карточки?

4. Ассоциативное воздействие карточек истериков

Социализированными манифестирующимися проявлениями потребности *hy* являются: вынесение себя на всеобщее обозрение, например, посредством работы в благотворительных обществах, проявления милосердия, разыгрывания в семье роли с «материнским комплексом», да и просто «реализацией» себя в обществе и на сцене. Приводимый сейчас пример ясно показывает, что карточки категории *hy* «заманивают» И. в область экзтибирования.

Случай 36. И. является учителем гимназии, ему примерно 30 лет. Предъявляемая карточка: 1, II, истерик. Ассоциации:

«О, черт (откидывает карточку)! Я вспоминаю свою отвратительную тетку, которая постоянно воображала себя поддержкой любому обществу... Она всегда была

деятельной, имела большой успех, стремилась властвовать в семье... Она и сейчас играет большую роль в благотворительных обществах, а также в попечении домов для престарелых и сирот...»

5. Ассоциативное воздействие карточек кататоников

Фактор *k* репрезентирует в судьбоаналитической системе влечений эгосистическую потребность «сужения Я». Формы манифестации: сверхчувствительность, «мимозообразность», замкнутость, чуждость миру, нарциссизм, эгоизм аутизм и т. д.

Случай 37. И. является 50-летней женщиной-психологом. Предъявляемая карточка: 8, II, кататония. Ассоциации:

«Очень простая женщина, отличается большой замкнутостью. Вполне возможно что она потеряла своего ребенка. Сиделка в психиатрической клинике. Живет в полном одиночестве в самом сумасшедшем доме... Сами по себе происходящие события ничего особенного из себя не представляют, но для нее они имеют большое значение... Любовь, у нее очень плохие отношения с любовником... она относится к нему слишком серьезно, он ее оскорбляет... у меня много таких пациентов в психиатрической клинике...»

Главные приметы кататонной природы влечений, как, например, замкнутость, «уход» от всего, что связано с реальной жизнью (в данном случае даже «уход» в психиатрическое учреждение), повышенная психическая ранимость — все это проявилось в ассоциациях И.

Патологическая картина кататонической шизофрении прежде всего вызывается расщеплением (схизисом) эго-сознания или всей целостной личности посредством появления «двух Я». Например, испытуемому предъявляется только одна карточка кататоника, но он постоянно говорит о *двух* персонах, или в рассказе появляется зеркало, в котором персона удваивается. Бывает и так, что пациент — конечно, это относится только к больным людям — воспринимает лицо на карточке в виде огромного множества персонажей; явление, которое указывает на состояние двойного или множественного Я.

6. Ассоциативное воздействие карточек параноиков

Как известно, фактор *p* определяет собой потребность «расширения Я», эгодиастолу. К инстинктивному полю этой потребности принадлежат: неуправляемое стремление к власти, одержимость идеями, идеи бреда преследования, особенно идеи отравления, мания величия, мегало- и микромания, хвастовство своим открытием или изобретением, разыгрывание из себя пророка и т. д. Все эти идеи могут появиться в ассоциациях на карточки параноиков.

Случай 38. И. является психологом, предъявляемая карточка: 8, III, женщина-параноик. Ассоциации:

«Старая отравительница. Мышь... Жестокое звериное лицо. Мерзко и отвратительно. То, что я читал у Достоевского, очень хорошо подходит к этой женщине. Я думаю, что подобные женщины действительно провоцируют на то, чтобы их убить. По иронии судьбы Достоевский выбрал именно Раскольникова для убийства одного из подобных отвратительных существ. Сейчас я вспоминаю о друге, который меня впервые познакомил с романом "Раскольников"... Это был довольно старый господин... "А что вы думаете о том, — как-то спросил он меня, — почему у меня так много пожилых друзей?" Сейчас мне приходит в голову круг его знакомых, объектом насмешек которых был этот старый друг. Это было связано с тем, что он постоянно хвастался перед нами своими великими открытиями в самых разных областях. Он был неисправимым лгуном. Он сочинял истории, в которых великие изобретатели просили его их посетить. А еще он рассказывал, что за границей у него имеется огромное состояние. Он явно страдал от мании величия. Он утверждал, что является великим композитором, а я всему этому искренне верил. Какие мучительные были у нас с ним отношения!»

В этой ассоциации, спровоцированной карточкой из категории *p*, можно отыскать почти все формы манифестации паранойи: отравление, мышьяк, параноидный убийца (Раскольников), мания величия, изобретательство, *Pseudologia phantastica*. Во время процесса ассоциирования и сам испытуемый пережил «приступ подозрительности». Он боялся, что я начну подозревать его в гомосексуальных отношениях со своим старшим другом. (Он действительно мог так подумать, так как у него раньше были гомосексуальные отношения с более старшими по возрасту мужчинами). Накопившийся у меня опыт свидетельствует о том, что карточки категории *p*, предъявляемые в ассоциативном эксперименте, довольно часто и легко «заманивают» испытуемых в гомосексуальное поле влечений. Не стоит этому особенно удивляться. Тесная глубинно-психологическая связь между паранойей и гомосексуальностью уже давно известна (Фрейд). В книге «Анализ судьбы» мы показываем генетический фундамент таких отношений (см. случай 26, родословное древо 26а, b, c, стр. 161, 175, 176, 188 и 189 в третьем издании этой книги).

7. Ассоциативное воздействие карточек депрессивных людей

К манифестационной области фактора *d* относятся следующие явления, печаль о потерянном объекте, мысли о смерти, усталость от жизни, несчастливость, привязанность к членам семьи, доверие к объектам, жертвенная любовь к объекту, часто имеющая инцестуозную природу, привязанность к значимым объектам, легкомыслие и скупость. Сюда же относится и побуждение заниматься всем магическим, оккультным.

* Естественно, имеется в виду роман «Преступление и наказание».

Случай 39. И. является учительницей музыки, гомосексуалкой, страдающей параноидной формой шизофрении, увлечена теософией, метафизикой и спиритизмом. Предъявляемая карточка: 2, V, депрессивная женщина. Ассоциации:

«Гротеск. Я вспоминаю об одной теософичке, которая уже умерла».

Случай 40. И. является помощником кондитера, гомосексуалист. Предъявляемая карточка: 7, VI, депрессивная женщина. Ассоциации:

«Одежда этой женщины напоминает мне об одной мученице... "Воскресение"... Этот роман я прочитал слепому другу... Герой романа соблазнил девушку, ставшую после этого проституткой. Когда ее осудили за убийство, то герои романа встретились опять, и девушка тогда сказала: "Я научилась жить без счастья". Эти слова стали моим заклинанием, всегда, когда я чувствую себя плохо, я повторяю их про себя».

Таким образом, фотографии категории *d* пробуждают образы одиночества, покинутости, мученичества. Типичное *d*-факторное окружение. Появилась и ассоциация, связанная с картиной «воскресения», тесно соприкасающейся с темой смерти. Картина депрессии легко обнаруживается в словах: «жизнь без счастья».

8. Ассоциативное воздействие карточек маниакальных людей

Психическое поле проявлений фактора *m* содержит потребность в привязанности к объекту удовольствия в реальном мире, гедонизм, стремление остро словить и шутить, предрасположенность к балагурству, веселью, восторгу, мании, а также к одиночеству, к «отделению» от объекта, и оральность, то есть пристрастие к еде, выпивке, болтовне и т. д.

Случай 41. И. является женщиной-психологом. Предъявляемая карточка: 8, V, пожилой маниакальный мужчина. Ассоциации:

«Он такой шутливый... сидит в своем офисе, записывает цифры; затем вынимает из сумки хлеб, разрезает его на четыре части и ест по очереди. Главной заботой мужчины является смаковать все в полном покое. Он хорошо осведомлен обо всех слухах и сплетнях. Он постоянно присутствует на всех похоронах, но только из-за возможности там выпить... Соседи его любят, несмотря на то, что он хитер как лиса. Он часто высказывает такие вещи, которые их пугают. Например, он рассказывает о том, что он видел дочь господина Ф. — он, действительно, ничего плохого о ней сказать не хочет — с двумя молодыми людьми, а может быть, там был и один молодой человек, вполне возможно, что он заблуждается, что ему только показалось, а был всего один юноша, с которым девушка и пошла в кино. Втайне этот мужчина наслаждается порнографическими книгами, а когда он пьет пиво, то оно течет по его усам».

Таким образом, ассоциации приводят в мир оральных удовольствий; еда, выпивка, шутки и т. д.

Хорошо известно, что мания является реакцией на депрессию. Связь мании с депрессией заметна в следующей ассоциации:

Случай 42. И. является психологом, 35 лет. Предъявляемая карточка: 1, VI, мужчина, страдающий МДП, в маниакальном состоянии. Ассоциации:

«Мрачные, переполненные горем глаза, и тем не менее мне удается понять, что они могут быть и лучшими от удовольствия, это — скорбь, которая может неожиданно перейти в безмерное ликование, чтобы потом опять обратиться в депрессивное состояние».

Эта карточка категории *m* сделала мобильными ассоциации, полностью соответствующие картине проявлений маниакально-депрессивного психоза.

*

Приведенные нами примеры подтверждают психологическую гипотезу о том, что каждая картина нашего тестового аппарата обладает совершенно специфическим провоцирующим характером, благодаря которому карточки оказывают *факторно-специфическое* воздействие на ход ассоциаций И.

ГЛАВА 26

АДЕКВАТНЫЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ФАКТОРУ АССОЦИАЦИИ

Мы уже говорили о том, что диагностическая ценность метода инсайта на тестовые карточки проявляется только там, где эти карточки теряют свой *факторно обусловленный провоцирующий характер* и persona начинает поставлять моносимптоматические реакции, обусловленные комплексами, или патологические инсайты другого рода, а может быть, даже впадает в состояние патологических аффектов (например, в состояние параноидного приступа).

В дальнейшем мы приводим только легко понятные примеры, причем следовать мы будем пункту С классификационной схемы факторных ассоциаций.

Примеры обусловленных комплексами глубинных ассоциаций

Случай 43. 35-летняя служащая офиса, одаренная большими способностями к языкам; обратилась к нам в часы приема из-за диффузных нервных жалоб: дрожания тела, сердцебиений, головокружения, быстрой утомляемости. Соматические исследования выявили небольшую гиперфункцию щитовидной железы, во время менструаций у женщины появлялись обмороки и рвота. Приближающиеся приступы клиентке приходилось купировать чаем и ромом, причем она признается, что рома пьет больше, чем чая. *Психически:* утонченный вкус, сверхчувствительная, очень недоверчивая. Она ничего не хочет говорить о личных причинах появления у нее

нервозности. Но она сообщает, что в этих мучительных состояниях она всегда вынуждена рисовать. Тогда это ее успокаивает. Но показать нам эти рисунки ей было стыдно, и только через несколько месяцев она осмелилась показать нам несколько копий. Что же обозначали эти рисунки для нее самой, она или не хотела, или не могла сказать. Рисунки, которые были ею нарисованы страстно, почти навязчиво, имели один и тот же мотив в различнейших вариациях. Большой зверь преследует маленького, высывая свой длинный агрессивный язык. Пространственное оформление рисунка напоминает рисунки больных неврозом навязчивости или шизофренией (рис. 26). Так как мы от уточненной дамы почти ничего не могли узнать об источнике ее нервозности и эпизодической дипсомании, то мы провели с клиенткой *факторный ассоциативный эксперимент*, который и позволил нам поставить правильный диагноз.

Некоторые характерные ассоциации:

Предъявляемая карточка II, 5, d (депрессивная женщина):

«Это очень трудно! Она из деревни. Служанка. Не слишком умна. Постоянно тихая и молчаливая... но она способна к поразительным вещам... Например, она может, *когда любит, отравить любимого мышьяком*. Не из-за дурного характера, а из-за фанатизма... ах, давайте это оставим. Она очень спокойная и тихая, и тем не менее на кое-что способна... Достаточно!.. Давайте посчитаем, что она кому-то подсыпала в пищу мышьяк. Она очень затруднит работу судье, так как это особенная женщина; нельзя сказать, что она плохая, но *из нее очень трудно вытащить слова правды*. Но, господин доктор, сейчас действительно достаточно!» (Она перестает давать на карточку ассоциации.)

Ассоциации на карточку III, 5, k (кататония):

«Пожилая крестьянка... А это женщина или мужчина?.. Да помогите же мне. Я не выношу того, что вы записываете все, что я говорю... В повседневной жизни она вынуждена вертеться, как белка в колесе, у нее много детей, она работает, не разгибая спины, полностью измотана. Все, покончим с этим!.. Таких людей можно очень часто встретить среди старых женщин». Теперь она начинает шептать, говоря следующее: «Ах, я не могу продолжать дальше: *Что же, я должна сказать об этой женщине и то, что она кого-то убивала?*.. Я действительно не знаю всего того, на что эта женщина была способна... Я считаю ее *способной на проявление чего-то жестокого и свирепого*. Во всяком случае, она чудесно убивает кур! Правда, я не знаю, есть ли у нее для этого возможность. Но наверняка она бы смогла расчленить труп на мелкие части...» (Испытуемая откладывает в сторону предъявленную ей карточку).

Мы показываем II. карточку II, 8, k (опять фотография кататонички):

«Я никогда бы не подумала, что это служанка... Точно не знаю... но похоже, что она святоша, однако... Я не могу правильно высказаться... Она отнюдь не злая... Хотя родила на свет ребенка, а потом *его задушила*... Все, хватит! Достаточно, этого действительно достаточно! Лучше я вам расскажу анекдот... Хм, хм... Я не могу продолжать дальше...»

Ассоциации на карточку одного из убийц, III, 3, s:

«Да, такой уж, конечно, на все способен; он слишком сильно ушел в политику. В историях, рассказываемых женщинами, у него нет никакого лица. Он вообще слаб по характеру, но по отношению к своей матери проявляет добрые качества. А так он обычно груб, слишком сильно шумит, демонстрирует себя на улицах, воображает

много о себе, к работе не привычен... Он решает совершить *самоубийство* вместе со своей женой. *Он убивает из ружья жену*, а сам остается жить... Господин доктор! Я не хочу о каждом человеке говорить, что он является убийцей!..»

На карточку гомосексуального мужчины, V, 7, h, красного андрогинного юноши, испытуемая дает следующие ассоциации:

«Изверг, подлое чудовище... возможно, я его воспринимаю неправильно. Вполне возможно, что он совершил *гнусное преступление*... но на это принудили его внешние обстоятельства. Но, конечно, всего этого могло и не произойти... Он мне очень неприятен. Хватит!»

*

Здесь мы привели ассоциации на пять карточек, изображающих депрессивное и кататоническое состояние, убийцу и гермафродита. Содержание всех пяти рядов ассоциаций шло в следующем направлении: *отравление, убийство, расчленение трупа на мелкие части, удушение, самоубийство, гнусное преступление*.

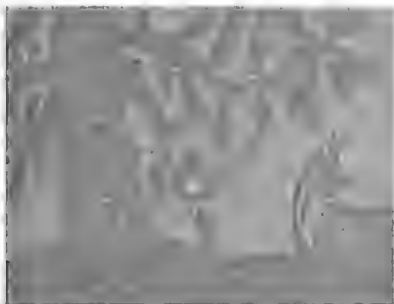
Изящная, утонченная, сверхчувствительная дама на психодиагностическом сеансе все шесть карточек убийц выбрала в качестве несимпатичных (—III s). Это говорит о чрезмерно повышенной агрессии на заднем плане и о мазохизме на переднем плане. *Тестовые карточки потеряли свой специфический провоцирующий характер в методе инсайта. Ассоциации питались параноидным страхом, что кто-то может ее отравить, задушить, убить*. Таким образом, теперь ее рисунки обретают смысл: какая-то более сильная персона собирается ее уничтожить. В результате конфронтации пациентки с таким выводом выявилась следующая ситуация:

Испытуемая живет вместе со своей старой матерью, вдовой, в неразрушимом, садомазохистском дуальюбоне, в котором мать играет роль «жестокоего огромного зверя», жертвой которого является И. Пациентка не может покинуть мать, так как любит и ненавидит ее одновременно. У И. лесбийские фантазии, которые она подавляет, потому они и проявляются в искаженной форме в качестве идей отравления и убийства. Естественно, на предъявленные ей тестовые карточки она спроецировала свои собственные притязания. Ее комплекс ненависти к матери направлял ее мысли в ассоциативном эксперименте, а ее руку — при рисовании. На рис. 26 читатель увидит две копии рисунков пациентки.

Расстройства в понимании тестовых карточек

В продолжившемся ассоциативном эксперименте стали обнаруживаться расстройства в понимании тестовых карточек, что уже указывает на *психоз И*.

а) При расстройствах в понимании тестовых карточек в ассоциативном эксперименте обнаруживается размытость границ между действительностью и изображением на предъявляемых карточках. Больные узнают в тестовом материале реальных, живых людей, знакомых или даже самих себя.



а)



б)

Рис. 26

Случай 44. У 50-летней иностранки, проективно-параноидной женщины, арестованной в Будапеште из-за отсутствия паспорта и подозрения в шпионаже, ранее были гомосексуальные контакты с молоденькой девушкой, с которой они работали вместе на фабрике и спали в одной кровати. Но до подлинных половых контактов дело не дошло. Женщина начала страдать психотическим расстройством, у нее появились идеи отиошений и ущерба: «ее преследователи тайно установили в ее голове антенну, и теперь в комнате, расположенной прямо над ней, прослушивали все ее мысли». Она даже слышит отдаваемые преследователями приказы о том, что она должна незамедлительно покинуть Венгрию. Против нее возникает заговор, связано это с ее чудесной красотой. Девушка, которую она любит, тоже входит в банду ее врагов; они подделали документы и все ее огромное наследство присвоили себе. Эта проективно-параноидная женщина выдала следующие ассоциации на тестовые карточки:

Карточка IV, 2, *h* (гермафродит):

«мужчина с голубыми глазами может быть больным, печальным. Неуверенным и очень печальным. Ему чего-то не хватает (плачет). По-видимому, он сильно страдает. (Стремится отложить карточку). Мне жаль его, он очень печален, очень много страдал. Что было на самом деле, я не знаю. Огромное страдание. Мне очень жаль его, он так сильно страдает».

В портрете гермафродита она узнала какого-то молодого человека с прекрасными голубыми глазами, она даже рассказала нам совершенно ирреальную историю о том, что в один из ясных дней она совершила с ним половой акт в одном из уголков парка. Она договорилась с молодым человеком совершить на следующий день randevu, и тут на месте голубоглазого юноши оказалась любимая девушка. То есть здесь в игру вступил «следоход» (любовеобильный мужчина).

б) Иллюзии и ошибки в восприятии предъявляемых карточек тоже говорят о психозе, лучше всего их представлять в качестве контрастного воздействия «следохода». Больные люди говорят, что персоны, изображенные на предъявляемых карточках, существенно изменились после того, как они их видели в последний раз.

Случай 45. Женщина, больная шизофренией, говорит:

Карточка I, 3, *p* (параноидный мужчина):

«Каким он выглядит счастливым! (На самом деле карточка показывает параноика в недоверчиво-депрессивном состоянии). Но каким он, однако, стал толстым! Все люди, которых вы мне здесь показываете, находятся вместе со мной в этой больнице. Как же велики стали успехи медицины, что она стала способна лечить всех этих людей!»

Заднеплановое Я, которое осознает, что она стала тяжело больной, проецирует здесь желание, чтобы психиатрия стала всесильной и смогла вылечить всех обитателей больницы.

Та же самая пациентка реагирует следующим образом на карточку V, 5, *z* (убийца, находящийся на обследовании в шведской больнице):

«А этот тоже был больным. Хотя *выглядит он сейчас лучше*. Мне он меньше всех нравится, но я не хочу никого оскорблять».

Такой тип ассоциаций является очень характерным для страдающих проективной паранойей.

Карточка VI, 8, *е* (инфантильно веселая женщина-эпилептика):

«А вот эта ну просто чудо! Правда, сейчас она немножко постарела. Эта фотография сделана еще в ее детстве. Какие смысленные глаза! (В действительности же изображенная эпилептика скорее отличалась слабоумием). Она была обитательницей нашей больницы... *Все, кто здесь лежит, больны* (верное замечание "следохода"). Ее мозг слаб — зато она коренаста и у нее могучие плечи».

•

Следующий пример демонстрирует ирреальные переживания больных, которым показалось, что предъявленный им образ изменился за время эксперимента.

Случай 46. 35-летний агент, с явно выраженными паранойдными чертами.

Карточка I, 2, *з* (сфотографированный в обнаженном виде смеющийся убийца):

«Ну, это явно проказник и злодей. Теперь я не совсем уверен, не *его* ли я только что видел. *Но тогда он был несомненно в одежде, а здесь он совершенно голый.* Симпатию вызывает не образ, а действия». (С раздражением откладывает в сторону эту карточку).

Карточка III, 1, *h* (гомосексуальный трансвестит):

«Ага, ну уж этого я точно раньше не выбирал!»

Случай 47. Подобные физические изменения ошибочно воспринимает на карточке III, 8, *р* (пожилая женщина-параноик) и слабоумная больная, страдающая эпилепсией:

«*Ого, какой старой она стала!* У нее на лице появилась какая-то мелкая сыпь, и какой же она стала злой. На нее даже смотреть страшно».

Та же самая испытуемая говорит следующее по поводу карточки V, 7 (юноша-гермафродит):

«Прекрасный юноша. Прекрасно воспитан, хорошо выглядит. *Это — мой хороший приятель,* с которым я люблю гулять — правда, только в мыслях».

Явно, что все ассоциации здесь направляются заднеплановым Я. Оно хорошо знает, что все является только мыслями-желаниями.

Расстройство рассудка

Расстройство рассудка проявляется в *непонятных ассоциациях*, мы встречаем такое прежде всего при параноидной деменции, гебефрении и олигофрении.

Случай 48. Женщина, больная шизофренией, говорит на карточку V, 6, *k* (женщина, страдающая кататонией, в причудливой позе):

«Да и ее я тоже хорошо знаю. Она, дай ей Бог здоровья, тоже вместе с другими лежит в нашей больнице. Один человек здесь является дополнением другого. Я не могу здесь выбрать, мне нужны все!»

Если мы будем помнить о двух комплементарных эго-существованиях ее собственного Я, то вполне возможно, что этот инсайт не покажется нам столь уж непонятным. И тем более следующая ассоциация на карточку VI, 6, *hy* (хитрая истеричка, нищенка):

«Эта карточка вместе с подписью просто прекрасна» (На карточке никакой подписи нет).

Интересными являются другое действие и другой инсайт той же самой женщины: она вытаскивает из серии карточек две, располагает их рядом друг с другом и говорит:

«Они смотрятся только тогда, когда лежат вплотную друг к другу».

Здесь проявляется ее дуалистическое притязание на партиципацию. Потом И. продолжает:

«А сейчас я хочу вам показать все (карточки). Конечно, это мне может повредить. Неужели кто-нибудь будет иметь что-то против, если я куплю все эти карточки? Но я не должна растрачивать мою душу на карточки. Здесь необходим контроль. Иначе они вплетаются друг другу в волосы». (По-видимому, И. рассказывает здесь о больнице, в которую она интернирована. Предъявляемые ей карточки возвращают ее таким образом в мир, о котором она думает).

На карточку IV, 4, *k* (кататоник):

*«Среди этих карточек я не нахожу ни одного незнакомого мне лица. Только разве что вот этот (она показывает на карточку VI, 3, *k* [кататоник]), но и он мне знаком. Это Петерфи или Коссуф. Со всеми мне приятно. У меня часто есть желание завести птичку; я хотела бы пожить вдали от всех; человек нуждается в человеке, даже если он злой...»*

Карточка I, 6, *e* (эпилептик):

«На свете не бывает мужчины красивее. Я жила у него. Как говорится, священник только до тех пор остается священником, пока он находится перед алтарем».

Случай 49. Параноидная девушка выдала следующие ассоциации:

На карточку IV, 7, *e*:

«Он мне очень симпатичен. Он не знаменит на весь мир, но из него может выйти великий человек, у него большие идеи, он много читал. Его идея больше его самого. Он борется за благо других; он может быть политиком или журналистом. Я — эгоистка, но стремлюсь поддерживать справедливость и просвещение людей. Я хотела бы полностью осуществить мои великие цели. А прежде всего я стремлюсь к тому, чтобы на свете была политическая справедливость. У меня на это есть чутье. У меня ощущение, что я смогу стать великой... Когда я нахожусь в церкви, то лишь от запаха благоговения уже чувствую, что нечто высшее опускается ко мне сверху. Тот, кто внизу, должен уметь подниматься вверх. У человека нет права судить себе подобных. Самым лучшим было бы то, чтобы никто не был вынужден прозябать всю жизнь внизу. Не так ли? Я могла бы добиться того, чтобы никто из людей не проводил свою жизнь внизу. Я призвана к этому. Хотела бы стать политиком, журналисткой или музыкантом. Когда я слышу музыку, мой рассудок в порядке. Я не могу выражать свои чувства в музыке. Я — критик».

Подобным образом ее *инфантильные* идеи величия прорываются и в инсайтах на карточку III, 7, *hy* (мрачный истерик, подобный монаху, которого чаще всего относят к разряду несимпатичных):

«Он мне наиболее симпатичен. Он — верующий. Я тоже верю в Бога. У меня своя звезда и свое призвание. Я чувствую, что моя звезда знает, что из меня вышло. Она ведет меня. Моя звезда верная. Я проверила ее на практике. Когда я вру, моя звезда покидает меня. Да и когда я кому-либо лгу. Мое доверие к себе из-за моей звезды необычайно велико. Моя звезда шепчет мне, что именно я должна делать. Когда она меня оставит, тогда меня оставит и Бог, и моя жизнь станет совершенно пустой. Звезда говорит нам, что мы должны вести себя хорошо, чтобы можно было вернуться в рай. Моим политическим принципом является объединение всего мира, включая и капиталистов. Эта цель — самое важное на свете. Без цели люди были бы бездушными существами, мертвецами».

Эти явно параноидно-инфлятивные инсайты были спровоцированы карточками эпилептика и истерика. Карточки частично потеряли в данном случае свой специфический провоцирующий характер. Ассоциации И. вытекали из *параноидного* источника.

Эта 18-летняя параноидно-шизофреническая девушка выдала в первом профиле влечений клиническую это-картину *пароксизмального* Я беглеца ($Sch \pm -$). К тому времени она фактически была вырвана из семейного круга и жила у одного из дядей. Обе стимульных карточки относились к пароксизмальному кругу влечений (факторы *e* и *hy*), однако обе мобилизовали у нее прежде всего *инфлятивно-параноидное заднеплановое* Я ($Sch 0 +$), так проявлялся в ассоциациях ее заднеплановый бред величия. Но в обоих рядах ассоциаций бо́льшая еще говорит и о церкви, о Боге. То есть стимульные карточки (*e* и *hy*) оказывают еще и специфически-факторное воздействие.

Этот ассоциативный эксперимент подтверждает таким образом и

- правильность тезиса о специфичности факторных картин относительно их особого провоцирующего характера;
- правильность тезиса о влиянии на ход ассоциаций *симультанного контрастного воздействия переднепланового и заднепланового Я*.

*

Персеверации в ассоциациях

Случай 50. 20-летний юноша, больной шизофренией. Карточка II, 7, *s* (убийца):

«Я ненавижу его, потому что это мой враг». (Он говорит о брате, которого он и действительно ненавидит). «Он хочет меня погубить, завидует мне. Я не люблю его, так как он *мой враг*. Я боюсь его, *потому что он мой враг*. Я избегаю его, не узнаю его на улице, прохожу мимо, не желаю с ним встречаться, избегаю встреч с ним, и даже на этой карточке я не узнаю его, *потому что он мой враг*. Я потому не хочу никаких с ним встреч, чтобы не быть вынужденным с ним говорить. Я не могу простить ему того, что он — тот, кто *является моим врагом* — вызвал у меня сумасшествие. Потому я и избегаю его, чтобы не быть сумасшедшим, чтобы не *опускаться* и дальше... Я хочу начать работать так, как надо в реальной жизни, чтобы иметь успех и чтобы мне не чинили препятствий, ведь в противном случае мне не избежать больших ошибок. Тогда я могу *опуститься* и уже никогда не подняться вновь. Потому мне и нужны

враги; чтобы уметь хорошо работать и чтобы добиться успеха, чтобы не *скатиться вниз*. А чтобы продвинуться по жизни, у меня не должно быть много *врагов*, иначе мне придется часто спотыкаться и *падать*, и когда-то я не смогу встать. Чтобы избежать этого, мне не нужно иметь много *врагов*... Когда я посмотрел на эту карточку, я понял, что он ничего хорошего со мной делать не собирается. Он сказал мне: "Когда ты будешь падать, будь внимателен, чтобы ты смог опять встать"».

Так что, как видите, эта картина убийцы (*s*) мобилизовала *параноидные* бредовые идеи у юноши, страдающего шизофренией. Он не смог вырваться из скованности темой врага. Это движение в мыслительной круговерти идей преследования проявляется в *персеверирующих* повторениях «*это мой враг*».

*

Случай 51. Вытесняющая свои гомосексуальные притязания параноидная иностранка персеверирующе проецирует на все карточки присущие самой ей печаль, горе и заботы.

Карточка IV, 1, *p*:

«Как печально. У него заботы. Горе и заботы. Огромное горе, голодание, нищета. Симпатичен, хотя и печален, по-видимому, это добрый человек, кажется, что ему пришлось много пострадать, и, по-видимому, он не болен. (Она закрывает глаза). Мне так жалко его. Он такой молодой, очень худой, возможно, безработный».

Карточка VI, 6, *hy*:

«Эта женщина много перетерпела, она несчастлива, больна, изможденная, печальная; несчастливая, но симпатичная и добрая».

Карточка I, 6, *e*:

«Много забот, горя, болезней, немного печали и страданий, по-видимому, можно говорить о доброте».

Карточка I, 1, *k*:

«Эта женщина кажется бедной, печальной, обозленной, с ней плохо обошлись, она очень сильно раздражена, еще довольно молодая, а уже переполнена горем, болезнями и несчастьем».

Карточка III, 5, *k*:

«С этой, по-видимому, поступили жестоко, она очень печальна, несчастлива, измождена, очень молодая, да и несимпатичной ее не назовешь. Я бы помогла ей, если бы могла».

Карточка III, 2, *e*:

«Слаб здоровьем, очень много забот, огромная усталость, хилый, он много страдает и у него много забот, его не назовешь несимпатичным, очень молодой».

Карточка V, 1, e:

«Более пожилой господин, много забот, горя и нужды, по-видимому, это добрый человек, его не назовешь несимпатичным. Очень сильно устает, переполнен горем, сильно измучен тяжелой работой и заботами».

Одни и те же жалобы и причитания повторялись бесконечно, монотонно, персеверировало — совершенно независимо от характера предъявляемой карточки. Тестовые карточки полностью потеряли в этом случае свой особый провоцирующий характер. *Субъективное* печально-мрачное настроение таким персеверированием способом направляло все инсайты И., которые мы чаще всего встречаем при депрессии, паранойе и слабоумии.

Случай 52. 14-летняя слабоумная девушка выдала на четыре карточки факторного круга h следующие персеверированные ассоциации:

Карточка II, 4, h:

«Какой красивый, добрый, богатый, как много у него денег».

Карточка V, 7, h:

«Какой красивый, добрый, богатый, как много у него денег».

Карточка VI, 2, h:

«Бедный, отвратительный, никаких денег не имеет, мать и отец у него умерли».

Карточка III, 1, h:

«Отвратительный, некрасивый, небогатый, не умывается, часто нечего поесть, очень беден, не ходит в школу».

Конфабуляции

Случай 53. 18-летний слабоумный юноша, больной эпилепсией, дает следующие ассоциации на тестовые карточки:

Карточка VI, 1, m (маниакальный мужчина):

«Бедный, пожилой мужчина, на нем одежда арестанта. Что-то он сделал плохое и был осужден. У него большие усы, от своего охранника он требует, чтобы тот его отпустил. А еще он пишет своим родителям, чтобы они его навестили. Он немножко болеет, врачи лечат его болезнь сердца, у него *постоянные приступы*, но его уже нельзя вылечить, потому что он стал взрослым. Да и вообще, болезнь сердца невозможно вылечить». (Под «болезнью сердца с приступами» люди такого уровня понимают эпилепсию. Таким образом, увидев карточку страдающего манией, юноша начинает рассказывать о своем собственном заболевании. То есть эта карточка действует факторно-неспецифично, но зато персонально-специфично.)

Расстройства идентификации

В эту категорию мы относим случаи, в которых испытуемый с поразительной уверенностью утверждает: а) что на предъявленной ему карточке изображен *он сам*, или б) кто-нибудь из членов его семьи или круга его друзей.

Случай 54. 20-летний юноша, больной шизофренией, говорит на карточку VI, 2, *h* следующее:

«Как только я увидел эту карточку, я тотчас догадался, что здесь сфотографирован я. Фотограф знал, что снимает меня, и сказал, чтобы я улыбнулся для того, чтобы аппарат смог запечатлеть мое лицо. Эта карточка никого иного, кроме меня самого, изображать не может».

Случай 55. Параноидная, истероэпилептическая, латентно-гомосексуальная больная говорит на карточку VI, 6, *hy* (истеричная женщина):

«Как жутко. Я его боюсь. (Она считает, что на карточке изображен мужчина!) *Он из тех, что вечно стоят за моей спиной.* (То есть ее заднеплановое Я.) Мне часто встречаются такие лица. Я их боюсь. Иногда они появляются передо мной в виде гипсовых масок, снятых с лица покойника. Такие люди злы и коварны».

Карточка истеричной женщины принята латентно-гомосексуальной пациенткой за фотографию *мужчины*. И действительно, пациентка страдает от своего заднепланового притязания *быть мужчиной и любить женщин*. Потому-то она и чувствует преследование со стороны своего *мужского заднепланового Я*, проецируемого на карточку истерической женщины.

Расстройства аффективного поведения

Реакции шока и блокирования

Иногда кто-либо из испытуемых бывает настолько сильно шокирован карточкой, что ход его инсайтов становится полностью *заблокированным*. Пораженному человеку не удастся ничего сказать на предъявляемую карточку. Аффективное воздействие карточки проявляется — такое можно наблюдать прежде всего при паранойе — в том, что испытуемые подпрыгивают, закрываются или плачут, умоляя руководителя эксперимента освободить их от тестирования, так как они не способны рассматривать карточки. Чаще всего такие больные демонстративно смотрят в другую сторону. Необходимо точно протоколировать *факторный* характер предъявляемой карточки, действующей столь шокирующе, так как именно этот шокирующий фактор чаще всего и будет говорить о *скрытой*, заднеплановой потребности или о заднеплановом Я.

Случай 56. Упомянутая нами закройщица, которая была латентной лесбиянкой и постоянно падала в обмороки, когда помогала любимой женщине делать примерку одежды, была заблокирована в своих ассоциациях:

На карточку I, 5, *h*, то есть на карточку гомосексуального трансвестиста, И. сказала:

«Ах, как ужасно. Мне противно смотреть на него», — и *больше не могла проронить ни слова*. Таким образом, в данном случае мы встретились с факторно-специфическим шокирующим воздействием.

Но бывает и так, что шокирующее воздействие карточки наступает не сразу, а немного позже. Такое произошло с одним больным неврозом навязчивости, чуть позже он был интернирован с диагнозом «шизофрения». Мы приводим его ассоциации в той последовательности, в какой они давались.

Случай 57. Карточка VI, 2, h:

«Спокойный, надежный, не очень волевой, у него высокое предназначение».

Карточка V, 7, h:

«шофер или студент»

Карточка I, 5, h:

«Неприятный служащий офиса. Он мне совсем не нравится».

Карточка I, 6, e:

«Я не знаю, кто это такой. Линдберг?»

(Таким образом здесь в факторно-специфичной форме (e) появляется знаменитый летчик.)

Карточка III, 2, e:

«Какой-то рабочий; простая душа .. (Блокировка!) *Сейчас мне приходит в голову мой дядя; это был чудак с религиозным бредом .. умер дядя в сумасшедшем доме...*»

Здесь собственно и начинается проявляться воздействие шока. Тем не менее И. собирает все свои силы и даже переходит к следующей карточке.

Карточка IV, 7, e, ассоциируя:

«Тип из прошлого столетия, у нас в семье никого похожего на него нет».

По этому замечанию видно, что И. застрял на воспоминании о своем параноидном дяде, умершем в сумасшедшем доме. Шокоевое воздействие начинает ясно сказываться в форме заблокированности только при экспозиции двух последующих карточек. Больной, без промедления ассоциировавший на шесть предшествующих тестовых карточек, вдруг становится полностью заблокированным при предъявлении карточек IV, 2, *hy* и V, 6, *k*, он вообще не способен больше ни на какие ассоциации.

У И. действительно огромный страх, что он навязчиво повторит судьбу своего дяди. Сохраняющиеся в течение 15 лет навязчивости имели задачу защитить И. от его параноидной инфляции — то есть от сумасшествия. И только во время Второй мировой войны этот навязчивый механизм неожиданно отказал, И. пришлось интернировать на несколько месяцев*. Интересным здесь является то, что шокоевое воздействие было спровоцировано карточкой *эпилептика*, именно его образ напомнил И. интернированного дядю с религиозным бредом. Таким образом, шокоевое воздействие имеет факторно-специфический характер и происходит от заднепланового Я испытуемого, от его тени, которой и был инфлятивно-параноидный дядя.

Этот больной, страдавший неврозом навязчивости, показал в VII профиле в качестве переднепланового Я пароксизмальное Я ($Sch \pm -$), а заднеплановым Я, естественно, будет инфлятивное Я: ($Sch 0 +$), о котором мы знаем, что оно чаще всего выражается в идеях удвоения и религиозном бреде. Идеи удвоения появились

* Triebpathologie, Bd. I. Fall 40, S. 475ff.

у испытуемого только тогда, когда он после отказа механизмов навязчивости был помещен судьбой в то же самое лечебное учреждение, в котором до самой смерти находился его дядя.

*

Реакции ярости и гнева

В этих случаях больной чувствует себя задетым, потому что его просят ассоциировать, и начинает гневаться и бушевать. Чаще всего именно параноики реагируют таким способом.

Случай 58. Один из параноидных испытуемых говорит на карточку I, 6, e:

«Господин доктор, я отнюдь не фанатик! (И начинает входить в ярость). Я уже давно далеко отсюда. Говорю вам открыто: *Я отличаюсь недоверчивостью*; на этом свете нет никого, кто был бы недоверчивее, чем я. Я не думаю, что кто-нибудь украдет мои деньги, но *я глубоко сомневаюсь, что кто-нибудь скажет мне правду*. Я даже самому себе не доверяю!..»

Его ярость усиливается все больше и больше, достигая пика при предъявлении карточки III, 8, p, на которой изображена пожилая параноидная женщина:

«Она мне и не симпатична, и не несимпатична. — *Пациент в ярости отбрасывает карточку и добавляет:* — Я выбрал ее не потому, что она мне понравилась. Я могу вам сказать честно: ни одна из карточек мне не понравилась!» (Очень большое возмущение).

Приступ ярости появляется здесь довольно адекватно на e- и p-карточки. И в реальной жизни у испытуемого бывают эпизодические, пароксизмально наступающие параноидные приступы.

Плач в качестве шоковой реакции

Случай 59. Параноидно-гомосексуальная женщина, которой казалось, что в ее голове антенна, установленная врагами, начинает плакать после предъявления ей одной из карточек гермафродитов:

Карточка VI, 2, h:

«Какой хилый и печальный, а мог бы быть мужчиной с голубыми глазами... Чего-то ему не хватает...» (*Здесь она начинает рыдать.*)

Из предшествующих объяснений мы уже знаем, что «мужчина с голубыми глазами» на самом деле замещает ее подругу, с которой она спала в одной постели. Подавленная лесбийская любовь к этой девушке сделала И. больной. Таким образом, плач был *факторно-специфично* (h) спровоцирован заднеплановым Я.

Обморок в качестве шоковой реакции

Спровоцированные ассоциациями на карточки аффекты могут вызывать даже обмороки, хотя такое случается очень редко.

Случай 60. Испытуемая была членом банды взломщиков и во всем беспрекословно подчинялась шефу. После пяти лет каторжной тюрьмы социально-попечительные органы направили И. в нашу лабораторию, чтобы мы оказали ей медицинскую, психиатрическую и социально-гигиеническую помощь. Мы подыскали для пациентки место на шоколадной фабрике, постепенно И. стала спокойней. Но две вещи продолжали нарушать ее покой. Во-первых, то, что она была вынуждена вступить в лесбийские отношения, как она считала, по финансовым причинам. Во-вторых, она все еще находилась под полицейским присмотром, ее прежние товарищи часто навещали ее, пытаясь заманить ее назад в банду. Поэтому И. жила в *параноидном страхе сензитивных отношений*. На предъявленные ей карточки она реагировала следующим образом:

Карточка V, 1, e:

«Ничего» (делает головой отрицающее движение).

Карточка I, 8, *hy*:

«Старый мужичва с очень злым лицом. Словно бы у него было такое же прошлое, как и у меня».

Карточка IV, 4, *k*:

«Да и этот не тот!.. Ничего...»

Карточка III, 5, *k*:

«Да и этот не тот!» (смотрит в сторону).

Карточка I, 1, *k*:

«Мне кажется, что я уже видела это лицо. Я увижу его, если *потеряю сознание. Оно такое же, как и у меня. Я легко чувствую все, что, как и у меня, плохое... неприятное чувство...* Не могу сказать, что я при этом чувствую, это как будто бы мой собственный злой дух, моя тень, преследующая меня. ...»

Карточка II, 6, *p*:

«Не то!» (Отрицательно качает головой).

Карточка III, 8, *p*: неожиданно лицо пациентки бледнеет, она смогла только проговорить:

«Я чувствую себя нехорошо! Это тоже не то!»

Карточка VI, 5, *p*: полная заблокированность.

Карточка V, 4, *p* (испытуемая начинает плакать, делает отрицающие движения головой):

«Я очень сильно нервничаю! Я чувствую себя нехорошо!» И, действительно, она падает в обморок.

Приведенные нами примеры ясно говорят об эффективности применения в психодиагностике метода ассоциаций на карточки*.

* Shafir, Av.: Spontane Assoziationen zu einem Testbild während der analytischen Behandlung und Aufdeckung seelischer Traumata, Huber, Szondiana VI, S. 137ff.

ГЛАВА 27

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ТЕСТА

Как и почему функционирует тест? Эти два вопроса задавались наиболее часто за последние 25 лет (1947–1972), и чаще всего отвечали на них неправильно. Поэтому было бы уместно высказать здесь наше мнение на этот счет.

А. Вопрос «как»

1. Качественный выбор карточек на основе ассоциаций, обусловленных их специфическим провоцирующим характером

Каждая карточка тестового аппарата обладает особым провоцирующим характером, соответствующим тому специфическому кругу потребностей, к которому de facto принадлежит в своей жизни отраженный на карточке индивидуум.

Факторный ассоциативный метод, который мы уже обсуждали в главе 25, служит для проверки и классификации конкретного провоцирующего характера отдельных тестовых карточек. С помощью факторного метода ассоциаций, применявшегося при тестировании здоровых, образованных индивидов, способных давать глубокие ассоциации, нам удалось доказать, что карточки фактора h действительно направляли испытуемого в гомосексуальный или бисексуальный круг потребностей, а фактор s — в садомазохистский круг потребностей. Подобным образом действуют и карточки других факторов. Сообщенные мною в этой книге (глава XXV) случаи 32–42 убеждают в таком специфическом способе воздействия отдельных факторных карточек.

Когда карточки утрачивают этот провоцирующий характер, речь чаще всего идет о расстройствах процессов восприятия и понимания, характерных для тяжело дементных, психотических или заряженных сильными комплексами преепсихотических индивидов (глава XXVI). Далее нам удалось показать, что реакции шока и блокировки на предъявляемые карточки появляются именно на те факторные карточки, от потребностей которых персона заболела (случаи 56, 57, 58, 59, 60).

На этом опыте базируется наше утверждение, что с помощью метода факторных ассоциаций можно чуть ли не анатомически анализировать тестовые карточки на их валентность и на качества, обуславливающие их особый провоцирующий характер.

На основании тех же самых исследований мы делаем и второе утверждение, что выборы карточек обуславливаются бессознательным, полусознательным — и гораздо реже сознательным — воспоминанием о персонах из членов семьи или круга знакомых (см. случаи 35, 36, 37, 38, 40, 44, 45, 47, 48, 50, 55 в главах XXV и XXVI). Нередко выбор какой-либо карточки обуславливается не привязанностью, не анаклитичной установкой, а нарциссизмом, то есть И. выбирает в больном, изображенном на фотографии, самого себя (случай 53, 54). Направление выборов по симпатии и антипатии, как мы считаем, обусловлено бессознательным — и гораздо реже сознатель-

ным — отношением сферы Я испытуемого к персоне или качеству, воспоминания о которых провоцируются предъявленной тестовой карточкой.

Еще в 1947 году на вопрос «как» мы на основе имевшегося у нас опыта отвечали: *Выборы в тесте обуславливаются специфическим провоцирующим характером отдельных карточек, а также отношением к ним сферы Я.*

II. Количественные выборы тестовых карточек под воздействием актуального состояния напряженности

Чтобы разобраться в способе воздействия тестовых карточек, мы должны более подробно рассмотреть понятие «провоцирующий характер». Это понятие применяется нами в том смысле, которым наделил его еще К. Левин. Он пишет: «Одно только *существующее* состояние напряженности, которое, например, вызывается выполняемой деятельностью, потребностью или почти завершённой работой, уже *говорит* об определенном предмете или событии, переживаемом, например, в качестве приманки или соблазна, причем, что характерно для состояния напряженности, именно эта напряженная система захватывает власть над моторикой. Вот как раз о таких предметах мы говорим, что они обладают *«провоцирующим характером»*».

Если мы применим это понятие провоцирующего характера к психическим процессам, проявляющимся в нашем тестовом методе, то мы придем к следующим утверждениям:

Предметы, на которые в нашем психодиагностическом эксперименте реагирует И., являются экспонируемыми *карточками* тестового аппарата, обладающими восемью различными провоцирующими характерами.

Состояниями напряженности, которыми И. реагирует на эти карточки, — как на предметы со специфическим вызывающим характером — являются внутренние, скрытые состояния напряженностей И в его потребностях, то есть в восьми факторах влечений.

Количество выборов карточек в отдельных факторных пространствах зависит от величины напряженности потребностей в пространствах отдельных факторов. Так как любой человек постоянно носит в себе все восемь инстинктивных потребностей, хотя и с флуктуирующей величиной напряженности, он откликается на карточки всех восьми факторов. Но эта сила откликаемости зависит от актуальной величины напряженности в отдельных полях потребностей. И так как здесь величины потребностей существенно различаются, И. выбирает карточки какого-либо фактора в большем количестве, а карточки другого фактора — в меньшем. И. наиболее выраженно реагирует на те факторные карточки, в области потребностей которых у него самого актуально существует наибольшая напряженность. В ряду карточек этих факторов с повышенной напряженностью И. будет повторно выбирать большинство карточек. Как известно, число восклицательных знаков в тестовом протоколе соответствует величине чрезмерной количественной напряженности соответствующей потребности.

* Lewin, K. Vorsatz, Wille und Bedürfnis. Berlin, Springer, 1926, S. 28.

И, наоборот, персона вообще не будет выбирать, или только в минимальном количестве, те карточки какого-либо инстинктивного фактора, в поле потребностей которого у самого И. актуально существует наименьшая напряженность, то есть нулевая реакция.

*

В качестве примеров мы приводим здесь следующие два случая:

Случай 61. Военный преступник (случай из архива доктора Л. Нослопи, Будапешт). 53-летний жандарм из высших офицерских чинов, выдал в тюрьме — незадолго до своей казни — следующие реакции (см. рисунок 27).

На основе выводов о провоцирующем характере, в полном соответствии со взглядами Левина, мы можем сказать следующее об отношениях между напряжениями в различных потребностях влечений в данном конкретном случае:

1. Офицер жандармерии наиболее часто реагирует на карточки убийц, то есть на фактор s. В профилях II, VIII *офицер выбрал все шесть карточек убийц*, причем один раз все они были антипатичными, а в другой раз — все они были симпатичными (—IIIs, +IIIs). В профиле VI он выбрал пять из шести карточек убийц (+II) в качестве симпатичных. Как следствие, мы получаем показатель повышенной количественной напряженности в факторе s ($\Sigma s = 8$). Таким образом, мы должны предположить, что у этого мужчины наибольшая напряженность господствует в области садизма и «вызывается она выполняемой деятельностью, потребностью или почти завершенной работой» (Левин).

2. В области эгодиагностики в факторе p И. показывает 5I, а именно в профиле II: +IIp, в профилях VII, XI и X: +I p. Это означает, что в области *расширения Я* (идеи мания величия) также господствует огромная напряженность, а потому так часто и выбираются карточки параноиков — после карточек убийц.

3. Повышенная напряженность существует и в области любви (профиль VII, VIII: ±I, +Ih), но избыточность напряженности составляет всего 2 единицы.

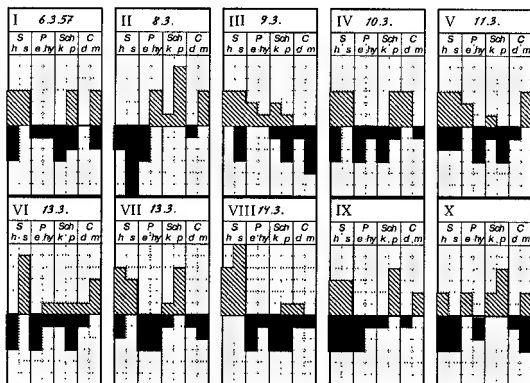
4. В потребности отделения себя от мира повышенное количество напряженности: 1 (профиль III. —Im).

Таким образом, в областях потребностей s, p, h и ш у этого военного преступника существовали наибольшие избытки напряженности. *Карточки убийц, параноиков (с бредом величия), гермафродитов и маниакально-неудержимых людей обладали для него наиболее сильным провоцирующим характером.* В гражданской жизни у этого офицера жандармерии была сексуальная пerversия. Во времена нацистского режима он — по собственной инициативе — из-за политических волнений в Южной Венгрии выстроил на берегу Дуная несколько тысяч сербов и евреев и одного за другим всех их расстрелял, а тела заставил сбросить в Дунай. Тому же самому офицеру позднее поручили провести операцию по депортации евреев в Освенним, и здесь он тоже отличился своей жестокостью.

Состояния напряженности в областях садизма и расширения Я (мания величия) были настолько патологично велики, что даже спустя большое время после своих зверских гнусных преступлений эту огромную напряженность можно было обнаружить

* Triebpathologie. Bd. I. S. 387, Abb. 51 (Fall 34)

ТЕСТ СОНДИ
Бланк с десятью профилями влечений



1945	№	S		P	Sch		C	Σ	Σ	Σ		
		h	s	e	hy	k	p	d	m	0 ± 0 ± 0 ±		
1X	I	±	+	0	0	-	±	0	±	3 3 6		
	II	-	-	-	+	0	-	0	+	2 0 2		
	III	+	±	+	0	+	-	0	-	2 1 3		
	IV	±	+	-	0	-	+	+	0	2 1 3		
	V	±	±	+	-	0	-	0	+	2 2 4		
	VI	-	-	-	0	0	-	0	+	3 0 3		
	VII	+	+	-	-	0	+	0	-	2 1 3		
	VIII	+	-	-	0	-	-	0	0	3 0 3		
	IX	±	±	-	0	0	+	0	+	3 2 5		
12XII	X	±	-	+	-	+	+	0	±	1 2 3		
Σ 0		0	0	1	6	5	0	9	2	23		
Σ ±		6	3	0	0	0	1	0	2		12	
TspG		6	3	1	6	5	1	9	4			35
Равн. напр. тенд.		S=3±... P=5±... Sch=4±... C=5±...										

1. Симптомореакция: 43,7%
2. Соотношение показ напряжен. влечений: $\frac{\Sigma 0}{\Sigma \pm} = \frac{23}{12} = 1,9$
3. Формула влечений:

Симптоматические	d_2^0
Субманифестные и, соотв. сублатентные	$h_6^0, h_6^+, k_5^0, m_4^+, \pm 0$
Коренные факторы	$s_3^-, e_1^-, p_1^+, \dots$

4. Пропорции латентностей:
 $\frac{P_0^-}{5} : \frac{C_m^+}{5} : \frac{Sch_{h^+}}{4} : \frac{S_s^+}{3}$
5. Класс влечений:
6. Количественное напряжение тенденций.
7. Дур _____ %
Моль _____ %
Соц. + _____ %
Соц. - _____ % = Индекс соц. %

рис. 27. Случай 61. Военный преступник. 53-летний полковник жандармерии

у него в тюрьме. Напряженность в любви, по-видимому, нужно истолковывать как любовь к своему отечеству и народу, а напряженность в сфере отдаленности от мира — как подготовку к смерти.

*

На этом примере мы попытались показать, с одной стороны, что же К. Левин понимал под отношением между провоцирующим характером предметов (в нашем случае — это тестовые карточки факторов) и напряженностью потребностей в самой персоне, а с другой стороны, каким образом число выбираемых карточек обуславливается величиной факторной напряженности.

Случай 62 является примером, подтверждающим правильность гипотезы о том, что И. не будет выбирать карточки именно тех потребностей, которые он — незадолго до проведения эксперимента — успел удовлетворить, то есть актуально в них не обнаруживается никакой напряженности.

Один из психологов получил от семейной пары *post coitum* (после соития) следующий профиль:

	S		P		Sch		C	
Муж	0	0	-	±	-1	-	0	+
Жена	0	0	±	-1	-	0	+	+1

Таким образом, у обоих персон *post coitum* была разряжена сексуальная напряженность (S 0 0). Полное расслабление в сексуальной жизни и привело к тому, что эти партнеры не выбирали S-карточки. А в факторе k муж показал повышенную напряженность, которая могла адресоваться бестактному психологу. Муж обесценивал подобного рода деятельность (-1 k). Женщина в той же самой ситуации реагировала повышенной тенденцией прятаться (-1 hy). В другом случае мужчина до коитуса выдал картину S + +1, а после полового акта — S 0 0.

То есть *отсутствие в выборах карточек определенных факторов указывает на расслабление, а полный комплект карточек — на повышенную напряженность в области соответствующей потребности*. Тысячи полученных профилей влечений подтверждают этот тезис.

В. Вопрос «почему»

Заметки по поводу валидности теста

Из качественного и количественного ответа на вопрос о том, *каким образом функционирует тест*, мы еще не можем получить ответ на второй вопрос: *Почему наш тест действительно может функционировать в качестве психодиагностического метода?*

Мы обнаружили, что наибольшую напряженность влечений следует искать именно в тех факторах, в которых И. выбирает большинство карточек, и, напротив, расслабленность — там, где карточек будет наименьшее количество или даже вообще не будет. Хотя этот способ и является приемлемым для выявления актуальных зон опасностей в жизни влечений у конкретного человека, для более тонкой психодиагностики его явно будет недостаточно. Тест должен выполнять еще и условия другого рода, чтобы хорошо функционировать на практике. Здесь мы вкратце упомянем только четыре наиболее важных условия:

I. *структурные*, II. *статистические*, III. *генетические*, IV. *глубинно-психологические*.

I. Структурные условия

Мы создали наш тестовый аппарат в полном соответствии с заранее намеченным планом; тест должен как можно лучше решать следующие проблемы:

1. *Обычный человек с улицы должен показывать в нашем тесте более или менее «средний» профиль, который бы действительно соответствовал обыденной психологии среднего человека. Без выполнения этого условия не может иметь права на существование ни один тест.*

2. *Профили психически больных людей должны заметно отличаться от обычного профиля именно в тех факторах, из-за потребностей которых эти люди — согласно результатам глубинной психологии — заболели.*

Следовательно, наш тестовый аппарат должен был строиться таким образом, чтобы в нем могли фигурировать факторные карточки с совершенно определенным планированием оттенков симпатии или антипатии. Таким способом можно добиться соответствия только что упомянутым двум структурным условиям. Следующее правило хорошо проявило себя в построении теста:

Шесть карточек отдельных факторов должны выбираться из огромного количества карточек со специфическим вызывающим характером (h, s, e, hu и т. д.) и занимать в качестве стандартных карточек свое прочное место в окончательном тестовом аппарате таким образом, чтобы примерно половина факторных карточек притягивала, а другая половина — отталкивала. Причиной такого способа построения тестового аппарата является то, что если все шесть карточек будут изображать необычайно красивых людей, то все они, в общем-то, будут притягивать обычных испытуемых; и тогда, хотя мы и сможем обнаружить в обычном профиле действительно позитивные реакции, мы не сможем обнаружить негативные функции (например, страх, приспособление и т. д.), так как для И. будет невозможно из явно приятных карточек выбрать двенадцать в качестве антипатичных.

И, наоборот, если мы в каждом факторном пространстве оставим в тестовом аппарате только явно неприятные, отталкивающие и даже шокирующие карточки, то будет трудно диагностически воспользоваться любыми позитивными функциями.

Патодиагностические возможности тестового аппарата будут наибольшими в тех случаях, когда из шести карточек какого-либо фактора примерно половина будет действовать притягивающе на обычного человека, а другая — отталкивающе. Именно по этому принципу мы создали свой тестовый аппарат.

Логичным будет вопрос, почему при такой эквальной форме относительно оттенков симпатий и антипатий мы не находим у обычных людей профилей, в которых бы

фигурировали *только амбивалентные* реакции? Во-первых, человек вынужден в реальной жизни делить амбивалентное целостное влечение ($\pm \pm$), которым он наделяется при рождении, на функции *передних* и *задних* влечений. Это объясняется тем, что пробивная сила четырех элементарных функций почти во всех пространствах влечений будет разной по генетическим причинам. Во-вторых, потому что мы вначале должны выбрать только 24 карточки из 48. Таким образом, сильные тенденции пробиваются на передний план, а более слабые пребывают на заднем плане, но и там они остаются динамически деятельными. В результате такого утверждения с 1952 года нам приходится проводить тестовый эксперимент *в две фазы*. В результате мы получаем профиль переднего плана (VGP), теоретический комплементарный профиль (ThKP) и промежуточный профиль (EKP). Профиль переднего плана и теоретический профиль заднего плана вместе дают профиль целостного влечения ($\pm \pm$), что соответствует как физиологическим процессам деления, так и почти эквивалентной природе окрашенности тестовых карточек в тона симпатии-антипатии.

*

Мы *намеренно* строим профиль влечений обычного человека следующим образом:

S		P		Sch		C	
<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
+	+	-	-	-	-	0	+
						или	
						+	+

Среднестатистический человек

- а) в своей сексуальной жизни постоянно заряжен легированными потребностями, готовыми к актуализации: $S + +$;
- б) живет в тревоге ($P -$), так как ему навязали скрывание ($- hy$) грубых аффектов ($- e$);
- в) должен постоянно приспосабливаться: $Sch -$, то есть отказываться ($- k$) от проецируемых во внешний мир притязаний влечений ($- p$);
- г) привязывается моно- ($C 0 +$) или билатерально ($C + +$) к значимым объектам.

Чтобы можно было обнаружить готовую к актуализации и сплавленную сексуальность обычного человека из нашей культуры ($S + +$) посредством *экспериментальных* выборов категорий *h* и *s*, нам пришлось таким образом подбирать карточки гермафродитов и убийц относительно их оттенков симпатий, чтобы *по меньшей мере три карточки этих категорий h и s могли в целом воздействовать притягательно*.

При выборе карточек в категории *k* и *p*, наоборот, необходимо было так подобрать эти карточки, чтобы по меньшей мере три фотографии действовали *отталкивающе*

на обычного человека, и не больше одной — а чаще всего ни одной — воздействовали привлекающе, так как только таким способом мы сможем получать в повседневном профиле картину адаптированного Я: Sch — .

Параллельный тест М. Балинта (Лондон), который мы несколько лет назад про- бовали применять параллельно с оригинальными карточками, не работает именно потому, что Балинт включил в свой параллельный тестовый аппарат слишком много прелекательных (красивых) фотографий бальных персон всех восьми категорий.

Две японских параллельных серии теста, на которых изображены фотографии японских больных, по-видимому, больше соответствуют вышеприведенным крите- риям. Первая серия была создана докторами медицины Рюзо Сатаре и Юкио Ямада, а вторая — доктором медицины Масару Йошида.

Эмпирически появившееся понимание необходимости определенной структуры тестового аппарата оказалось «яйцом Колумба». Пока мы придерживаемся мнения, что шесть карточек одного и того же фактора наряду с одинаковым провоцирующим характером должны иметь и одинаковые оттенки симпатий, тест функционировать не будет. Правильно функционировать он начнет только тогда, когда откажутся от принципа равенства в оттенках симпатий у всех шести карточек одного и того же фактора.

Структурно-диагностическим условием правильного функционирования нашего тестового аппарата наряду с сохранением принципа равновесия провоцирующего характера является еще и неравенство в оттенках симпатий у отдельных карточек одного и того же фактора.

*

Нашей ошибкой стало то, что мы не сообщили об этом структурном условии тестового аппарата еще в первом издании нашего учебника. Тогда мы могли бы помочь многим авторам сэкономить усилия, затраченные ими на проблему «стимуль- ной ценности» и «популярности» карточек*. Также мы могли бы избежать критики, которая не замечает того, что в нашем тесте один и тот же фактор представлен шестью карточками, отличающимися между собой по оттенкам симпатий.

Мы приведем еще несколько примеров для демонстрации того факта, что *функционирование нашего теста покоится на принципе неравенства карточек по оттенкам симпатий, проявляющихся к ним.*

Случай 63. Гомосексуальный мужчина (из архива Х. П. Давид, Питтсбург, США") выдал следующие шесть профилей влечений.

* Здесь мы только назовем работы, к которым может обратиться читатель: Harrower, M. R.: Analysis of stimulus Value of Photographs in each category 315 subjects Szondi Newsletter. Schubert, J.: The stimulus Value of the Szondi Pictures. J. of Projective Techniques, Vol. 18, Nr. 1. 1954.

** Poljak, L. und David, H. P.: Vergleichende Syndromanalyse bei 100 Epileptikern u. 100 Homosexuellen. Szondiiana II. Huber, Bern und Stuttgart, 1955. S. 81.

Профиль №	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
I	+	-!	0	-	0	+	+	-
II	+	-	-	±	-	+	-	0
III	+	-!	0	±	0	+	±	0
IV	+	-!	-	±	0	+	+	0
V	+	-!	0	±	0	+	±	0
VI	+	-!	-	±	0	+	+	0

Как правило, от *здорового, гетеросексуального, обычного человека* мы получаем следующий профиль:

	S		P		Sch		C		
	h	s	e	hy	k	p	d	m	
или или	+	+	-	-	-	-	0	+	Обычный человек с тревогой
	+	+	-	0	-	-	0	+	Обычный человек с характером «Каина»
	+	+	+	-	-	-	0	+	Обычный человек с характером «Авеля»
							и т. д.		

Если мы сравним профиль гомосексуального мужчины с профилем гетеросексуального мужчины, то в глаза бросаются следующие различия в выборах:

А. Гомосексуальный			В. Гетеросексуальный		
1.	-!	s	1.	+	s
2.	0	k	2.	-	k
3.	+	p (а часто и ±)	3.	-	p
4.	+	или ± d	4.	0	d

Относительно оттенков симпатий эти различия означают следующее:

- Гомосексуальный мужчина воспринимает *садистическо-агрессивные карточки категории s*, половина из которых притягивает обычного человека, в качестве *отвратительных, то есть антипатичных* (выбирая из шести карточек все шесть как - s). Поэтому обычный человек легирован в сексе (S + +), а гомосексуалист - инвертирован (S + -!).
- В то время как гомосексуалист не выбирает ни одной *k*-карточки, обычные здоровые люди выбирают те же самые *k*-карточки в качестве антипатичных. То есть обычный человек приспосабливается, а у гомосексуалиста полностью отсутствует адаптация к собственному полу; в этом аспекте он асоциален.
- Гомосексуальный мужчина выбирает карточки параноиков в качестве симпатичных (+ p); обычный человек считает их антипатичными. Мы считаем, что гомосексуалист - не отказываясь от своего природного пола -

одержим желанием быть женщиной, и поэтому он выдает реакцию женской инфляции ($-Is, +p$). Здоровый же человек, наоборот, отказывается ($-k$) от многих спроецированных им желаний ($-p$).

Гомосексуалист постоянно ищет свой инвертированный объект, одного с ним пола ($+d$ и $\pm d$); обычный человек способен прекратить поиски ($0d$) и привязаться к уже найденному, прежде выбранному объекту ($+m$).

*

Таким образом, нам и удается выявлять в тесте *инверсию* у гомосексуалистов только потому, что притягательность карточек h , p и d для гомосексуалистов и для обычных людей полярна или почти полярна. Именно в этом состоит суть функционирования теста.

Случай 64. Артист, примерно 40 лет, являющийся *псевдогомосексуалистом*, никогда не желавший женщине, постоянно ищет для себя жестокого, грубого партнера, который смог бы его убить. Артист даже часто откровенно в этом признается. Из-за переживаний в раннем детстве, повлекших за собой *ad-hoc-интроспекцию* из-за акта сексуального насилия, когда он чуть не погиб, артист стал патологически-перверсивным *мазохистом*, пытающимся отыскать для себя убийцу*. (См. следующую таблицу).

Психодиагностически обращает на себя внимание отклонение в притягательности ($+lk$) карточек категории k . Наш испытуемый три раза в десяти экспериментах выбрал по четыре карточки категории k в качестве симпатичных, и ни разу во всем десятисерийном эксперименте у него не было чисто негативной ($-k$) реакции. Один раз он, правда, дал амбивалентную реакцию в профиле III ($\pm k$), но и здесь он выбрал четыре k -карточки в качестве позитивных, и только две — как негативные ($\pm l$).

Среди десяти экспериментов, проведенных с этим артистом, мы выбрали три характерных профиля №№ III, VIII и IX, чтобы сравнить их с обычными:

	<i>S</i>		<i>P</i>		<i>Sch</i>		<i>C</i>	
	<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>
<i>Мазохист</i>								
III	-	0	0	-	$\pm!$	-	+	0
VIII	$\pm$	0	-	$\pm$	$+$!	-	0	0
IX	-	-	$\pm$	+	$+$!	0	+	-
<i>Обычный человек</i>	+	+	-	-	-	-	0	+
<i>или</i>	+	+	-	0	-	-	0	+
<i>или</i>	+	+	+	-	-	-	0	+

* Подробнее об этом смотри в книге Ich-Analyse. S. 202f, Fall 8.

В этом случае мазохистской перверсии наш тест только потому показывает столь важные результаты, что обычно карточки из тестового аппарата, относящиеся к категории *k*, выбираются в качестве неприятных. Если бы *k*-карточки притягивали большинство людей, то мы бы никогда не смогли с помощью нашего теста обнаруживать процесс *ad-hoc*-интроекции (+ *!k*), имеющий столь большое значение в формировании симптомов.

Как следует из таблицы 7, + *!k*-реакция характерна для сексуальных перверсий (мазохизма, садизма, фетишизма, эксгибиционизма). Итак, если человек выбирает четыре или больше карточек категории *k* в качестве симпатичных, его результаты будут очень отличаться от результатов обычных людей, причем в особом специфическом смысле, и мы можем говорить о том, что он болен в своей функции интроекции. Он находит приятными такие карточки, которые здоровый обычный человек чаще всего воспринимает в качестве антипатичных. Точно такое же отклонение мы находим в тесте не только у перверсивных людей, но и у депрессивных больных, у которых ведущим симптомом является гиперинтроекция (нарциссизм).

*

Этих двух примеров будет достаточно, чтобы показать, почему наш тест способен так дифференцированно выявлять и отделять определенные группы больных от обычных людей. Все тестологическое учение о синдромах, которое мы изложили в патологии влечений, опирается на этот принцип. Мы уже подчеркивали, что:

- только на основе этого принципа построения тестового аппарата мы приходим к определению среднего профиля;
- только благодаря особым факторным трансформациям повседневных симпатий и антипатий оказалось возможным определить специфические симптомы (синдромы) для различных категорий болезней.

Но все эти особые тестологические синдромы характерны только для острых процессов заболевания; они исчезают, как только пройдет острый процесс (например, в случае депрессии, мании, шизофрении и т. д.) и не появится опять здоровое состояние или хронический дефект. Некоторые авторы, которые не учли это обстоятельство, пришли к ошибочным выводам*.

II. Статистические условия

Из всех условий, которые должны соблюдаться для доказательства валидности теста, именно статистическая валидность используется наиболее часто.

Довольно большая часть статистических исследований, проведенных на основе математических подсчетов, установила «статистическую невалидность» нашего теста.

* По этому вопросу см. работы а) Moser, U.: Validierung, Blinddiagnose und die Problematik des Krankheitsbegriffes im Szondi-Test. Szondiana II. S. 35ff. б) Beeli, A. Bemerkungen zur Arbeit von L. Rauhala «Über die Validität von Szondis Syndromatik der Schizophrenie». Schw. Ztsch. f. Psych. Bd. 17, Heft 3, 1958.

И только меньшая часть исследователей — как раз та, что способна думать клинико-психологически, — утверждала, что хотя тест и может быть статистически невалидным, он может хорошо функционировать клинически. (М. Харроуэр). Здесь мы опять встречаемся с хорошо известным постоянным расхождением между статистической и клинической валидностью, что характерно для всех глубинно-психологических тестов (тест Роршаха, ТАТ и т. д.).

Более подробный разбор критических работ увел бы нас слишком далеко*. Поэтому здесь мы ограничиваемся следующими утверждениями:

Из всех использующихся сегодня тестовых методов наш тест предпочтений вне всякого сомнения является тем методом, который позволяет наиболее глубоко проникать в бессознательные слои психики. Наш тест предпочтений, с одной стороны, открывает бессознательные, унаследованные, но еще ни разу не прожитые возможности судьбы и существования, а с другой — бессознательные, личностно-вытесненные судьбы влечений и существования сферы Я, то есть те судьбы, которые динамично-функционально, хотя и скрыто, постоянно воздействуют на нас, частично находясь в семейном, а частично — в личностном бессознательном. Способен ли какой-либо статистический метод на математическое обнаружение целостных бессознательных фигур, определяющих собой возможности судьбы? Мы считаем такое исследование в принципе возможным. Нам даже удается посредством проведения одного или нескольких десятисерийных диагностических экспериментов чисто психологическим путем определять целостные личные судьбы — в качестве индивидуальных возможностей существования, причем по мере интерпретации профилей мы получаем более интегральную картину личности испытуемого. Как складывать, вычитать или делить на факторные или векторные реакции такие возможности судьбы? Возможности судьбы можно анализировать и сравнивать друг с другом только психологически, никогда не забывая о присущей им целостности. Мы должны признать, что идти таким путем намного труднее, чем воспользоваться какой-либо математической формулой — например, популярным методом χ^2 . К сожалению, каузально-психологическое мышление за последние десятилетия в некоторых областях полностью вытеснено из психологии статистическим мышлением и почти совсем исчезло. Именно в этом мы видим «раковый очаг» современной тестологии. Если такое положение дел не изменится, в психологии может погибнуть «психологическое».

*

Но так как мы предполагаем, что в будущем психологи-профессионалы — вместо того, чтобы глубинно-психологически интерпретировать любой десятисерийный эксперимент посредством изложенного нами метода истолкования, — скорее будут использовать статистику для подсчета факторных и векторных реакций при групповых исследованиях, мы вынуждены упомянуть о двух статистических условиях, которые часто упускаются при выявлении статистической валидности.

* О работах на эту тему: David, H. P.: A Szondi-Test Bibliography, 1939-1953. Journ. of Projective Techniques. Vol. 18. Nr. 1 1954.

Первым таким условием является основополагающий структурно-тестовый подсчет вероятностей по М. Ахтниху (Винтертур)*.

Вторым условием является *сравнение групповых результатов с региональными и национальными средними показателями*.

1. Структурно-тестовое статистическое условие

М. Ахтних установил, что структура теста и особая форма выборов, заключающаяся в отборе по дев симпатичных и антипатичных карточки из 48, уже сама по себе обосновывает возможность подсчета величины вероятности для факторных и векторных реакций, причем эти показатели будут независимы от специальных свойств исследуемой группы, так как эти реакции будут определяться только построением теста.

В тесте возможны четыре нулевых, девять позитивных, девять отрицательных и шесть амбивалентных реакций (см. таблицу 3). Такая неравномерность в распределении четырех видов факторных реакций (0, +, — и $\pm$) приводит к тому, что структурно-тестологически, с самого начала, четыре вида реакций «стартуют» с различными величинами вероятностей. Это то обстоятельство, которое упускают из виду все исследователи, применяющие статистические методы для проверки нашего теста. М. Ахтних подсчитал обусловленные структурой теста вероятности факторных и векторных реакций. (Полученные им формулы и числа были проверены господином профессором Заксером, из Швейцарского Технического Университета в Цюрихе; см. оригинальную работу в ежегоднике Сондиана I).

М. Ахтних выявил величины вероятностей и дисперсию (разброс значений) для факторных 0, +, —, $\pm$ реакций и для 16 векторных реакций.

Таким образом, структурно-тестовым статистическим условием при исследовании групп является сравнение каждой эмпирически найденной величины частоты с обусловленной структурой теста величиной вероятности и выявление того, насколько показатель эмпирической частоты отличается от величины вероятности, обусловленной самой структурой теста.

После этого необходимо сравнить эмпирические частоты групп с так называемыми региональными или национальными средними показателями частоты. После этого можно будет подсчитывать частоты для каких-либо определенных групп.

2. Статистическое условие сравнения всех эмпирических показателей частоты с региональным и национальными средними показателями

Вряд ли сегодня это условие можно выполнить, так как в литературе мы можем найти только средние региональные показатели для Венгрии (Л. Сондн), для наварцев (Сото Ф. Ярриту, Испания) и частично еще голландцев (ван Солт). Специфические возрастные показатели для подростков Германии выявил Г. Хайнелт.

Здесь мы хотим обратить внимание на работу Сото Ярриту, который сравнил средние векторные величины 750 здоровых жителей испанской провинции Наварра с нашими данными, относящимися к 1000 здоровым взрослым венграм**. Из этой работы вытекают два важных вывода (см. рис. 28–31).

* Achtnich, M : Grundlegende Wahrscheinlichkeitsrechnungen zum Szondi-Test. Szondiana I. S. 211ff.

** Soto, Yarritu, F: Validierung des Szondi-Testes durch eine Gruppenuntersuchung von 2352 Fällen. Szondiana II. 1955. S. 65 ff.

Сравнительные исследования частот 16 векторных реакций (S, P, Sch, C)
Сото Ярриту (Наварра)

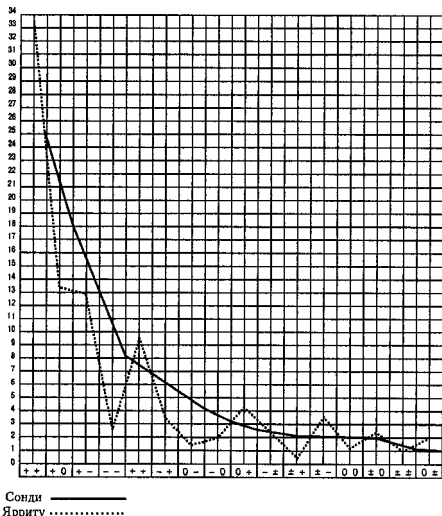


Рис. 28. Вектор S

1. В 62 из 64 векторных картин обнаружилось неожиданное соответствие средних частот наварцев и венгров. К подобным результатам пришел также ван Солт, проводивший исследование на голландцах*. Так как мы считаем, что векторные картины являются наследственно обусловленными формами деления целостного влечения, состоящего из четырех элементарных функций, то на основе этих сравнительных исследований можно допустить, что у определенных европейских народов

* Устное сообщение и неопубликованная работа.

Сравнительные исследования частот 16 векторных реакций (S, P, Sch, C)
Сото Ярриту (Наварра)

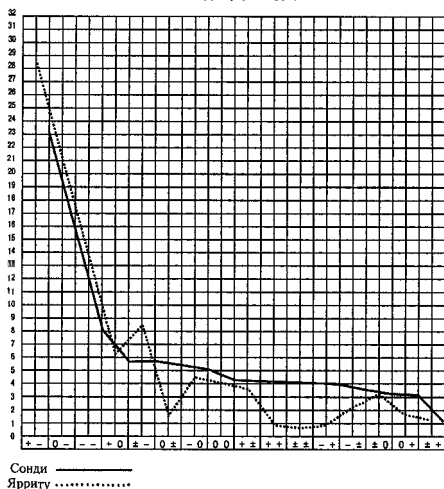


Рис. 29. Вектор P

средние показатели величин судеб векторных влечений и сферы Я окажутся равными, то есть имеют место *одинаковые генетические корни*.

Поэтому будет интересно провести подобные исследования и на других континентах.

2. Обнаруженные значимые различия могут частично объясняться специфически-расовыми, а частично — религиозными, культурными и нравственными традициями.

По мнению Сото Ярриту, у наварцев мы встречаем значительно больше С — + реакций доверия и меньше С + — реакций недоверия, чем у венгров (см. рисунок 31). Это может объясняться необычайным доверием наварцев к католической церкви. А если это так, можно предположить, что в определенных обстоятельствах воспита-

Сравнительные исследования частот 16 векторных реакций (S, P, Sch, C)
Сото Ярриту (Наварра)

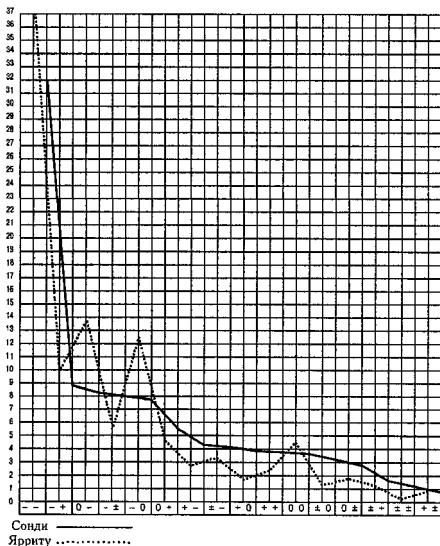


Рис. 30. Вектор Sch

ние, религия и культура могут изменить частоту унаследованных элементов, из которых формируются человеческие судьбы влечений и сферы Я. И особенно важным мне кажется провести групповое исследование, например, примитивных народов в сравнении с показателями других групп той же расы, а не сравнивать показатели разных народов. Если, например, результаты определенных групповых тестов бушменов из Французско-Экваториальной Африки (исследования Е. Перси) мы будем сравнивать не с показателями частоты своего народа, то есть с другими группами негров,

Сравнительные исследования частот 16 векторных реакций (*S, P, Sch, C*)
Сото Ярриту (Наварра)

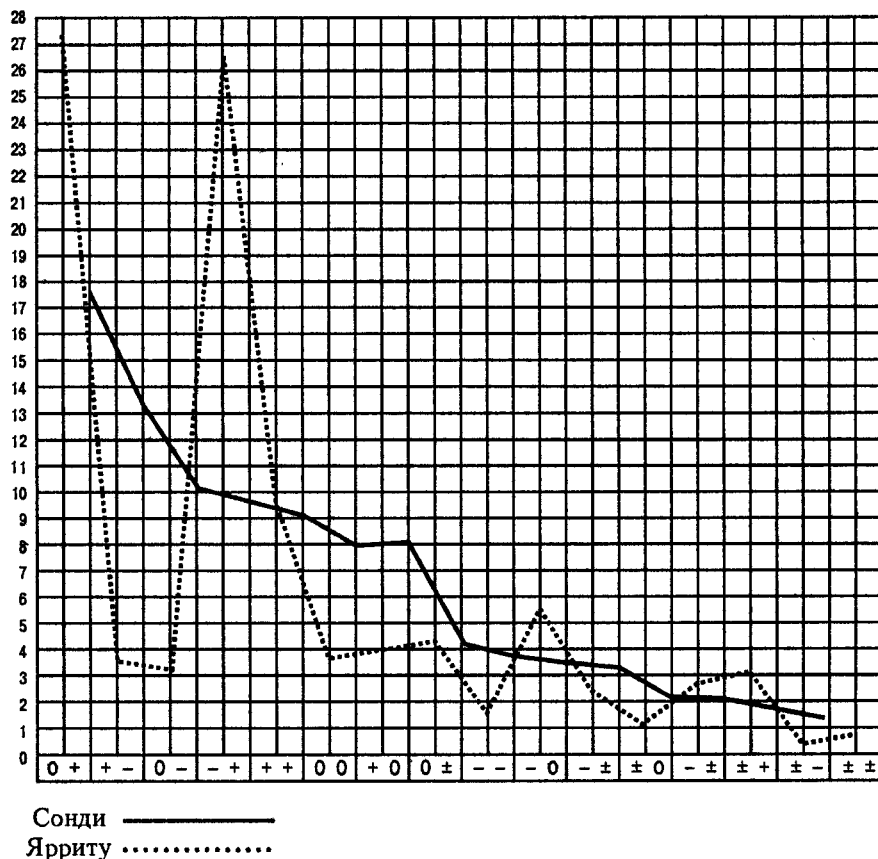


Рис. 31. Вектор C

а с показателями европейских народов, можно получить неправильные выводы — например, что эта группа бушменов представлена параноидно-шизофреническими людьми*. Если мы сравним *друг с другом* группы людей одного народа, то возникнет впечатление, что группа бушменов в экстремальной степени способна на партиципацию с тотемными предками, животными или растениями. Следовательно, то, что у европейцев тестологически говорит только о параноидной шизофрении (— — || р, а также диагональное расщепление в сфере Я и в других векторах), у примитивных народов означает *религиозную форму партиципации, а не патологическое шизоформное расщепление* (см. таблицу 20).

Из этих примеров можно сделать следующие выводы: какую-либо векторную или факторную реакцию определенной группы нельзя рассматривать саму по себе,

* Ich-Analyse, Huber, Huber, Bern und Stuttgart, 1956. S. 524, а также заключительная глава этой книги.

Таблица 20. Сравнительное тестовое исследование параноидных психозов и бушменов

I

№	19...	<i>S</i>		<i>P</i>		<i>Sch</i>		<i>C</i>		$\Sigma 0$	$\Sigma \pm$	$\Sigma 0 \text{ и } \pm$
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>			
I		+	+	±	-	0	-	+	±			
II		+!!	-	0	-	0	-!	+	0			
III		+!	+	-	-!	0	-	+	±			
IV		+	±	0	-!	0	-	+	-			
V		+	±	0	-	0	-	+	-			
VI		+	±	+	-	0	-	+	-			
VII		+	±	0	-	0	-	+	-			
VIII		+	±	+	-	0	-	+	-			
IX		+	±	0	-	0	-	+!	-			
X		+	-	+	-	0	-	+!	-			
класс влечений						<i>Schp</i> ⁻						
						10						

44-летний параноидный психоз (Солотурн)

II

№	19...	<i>S</i>		<i>P</i>		<i>Sch</i>		<i>C</i>		$\Sigma 0$	$\Sigma \pm$	$\Sigma 0 \text{ и } \pm$
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>			
I		+!!!	-!	0	±	0	-	+	-			
II		+!!	-!!	0	+	-	-!	+	0			
III		+!!	±	0	±	0	-	+	-			
IV		+!!	-!	0	-	0	-!	+	0			
V		+!!	-	0	-	0	-	+	-			
VI		+!!	-!	0	+	0	-!	+	0			
VII		+!!!	-!	0	+	-	-!	+	-			
VIII		+!	-!	+	+	0	-!	+	0			
IX		+!!!	-!	0	+	0	-!	+	0			
X		+!!	-!!	0	±	0	-!	+	0			
класс влечений						<i>Schp</i> ⁻						
						8						

25-летний бушмен (апуиды) из Французской Экваториальной Африки
(хорошо говорит по-французски)

Таблица 20. (Продолжение)

III

№	19...	<i>S</i>		<i>P</i>		<i>Sch</i>		<i>C</i>		$\Sigma 0$	$\Sigma \pm$	$\Sigma 0$ и $\pm$
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>			
I		+	+	0	-	0	-	+	-			
II		+I	0	+	-	-	$\pm$	0	-			
III		+I	+	$\pm$	-	-	-	0	-			
IV		+II	0	+	-	0	-	0	-I			
V		+II	0	$\pm$	-	0	-	0	-			
VI		+II	0	0	-	0	-	+	-			
VII		+II	-	+	-	0	-	0	-			
VIII		+II	-	+	-	0	-	0	-			
IX		+II	0	+	-	0	-	0	-			
X		+II	0	+	0	0	-I	0	-			
класс влечений						<i>Schp</i> ⁻		<i>Cm</i> ⁻				
						7		8				

Параноидный психоз (маниоформа), 29-летний органист (Тюбинген)

IV

№	19...	<i>S</i>		<i>P</i>		<i>Sch</i>		<i>C</i>		$\Sigma 0$	$\Sigma \pm$	$\Sigma 0$ и $\pm$
		<i>h</i>	<i>s</i>	<i>e</i>	<i>hy</i>	<i>k</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>m</i>			
I		+I	0	+	0	0	-I	+	-I			
II		+	+	$\pm$	0	0	-	+	-II			
III		+	+	$\pm$	+	0	-I	0	-			
IV		+I	0	$\pm$	+	-	-II	+	-			
V		+I	+	+	-	0	-II	+	-			
VI		+	0	0	0	0	$\pm$	+	-I			
VII		+	+	0	-	0	-	+	-			
VIII		+I	+	+	-	0	-	$\pm$	-I			
IX		+I	0	+	0	0	-I	$\pm$	-I			
X		+I	+	-	0	0	-	+	-			
класс влечений						<i>Schp</i> ⁻						
						8						

22-летняя неграмотная бушменка (акеле) из Французской Экваториальной Африки
(говорит по-французски)

вне контекста, вне соотношения ее частоты с национальными и региональными показателями.

Но так как данные — за исключением только что упомянутых — в настоящее время отсутствуют, приходится пока ставить под сомнение большинство полученных статистических результатов относительно валидности нашего теста.

То же самое относится и к так называемым «возрастным» исследованиям, так как необходимая база данных почти полностью отсутствует. Исследования немецких девочек и юношей, находящихся в пубертатном периоде, проведенные Хайнельтом*, мы рассмотрим в заключительной главе.

III. Генетические условия

Из практических психологов, применяющих сегодня Сонди-тест, только немногие задумываются о том, что созданию теста исторически предшествовало закладывание основ психологии судьбы". Такие психологи используют наш тест в качестве одного из «орудий в своей тестовой батарее», считая, что они не нуждаются в знании основ психологии судьбы для интерпретации результатов тестирования, однако это является заблуждением. Если бы мы на основе так называемого генотропичного исследования родословного древа не обнаружили первоначальную локализацию человеческих выборов в виде «*семейного бессознательного*», то вряд ли бы наш тест выборов был создан. В первой работе по психологии судьбы была изложена генетическая теория выбора значимых объектов и правило, на основе которого осуществляются выборы — генотропизм. Как известно, судьбоанализ пытается исследовать судьбу так называемых человеческих *кондукторов*, судьба которых переносится латентными рецессивными генами. Психическое воздействие этих скрытых генов в семейном бессознательном состоит, на наш взгляд, именно в *бессознательном управлении выборами* в любви, дружбе, профессии, форме заболевания и виде смерти. Под генотропизмом мы понимаем такое явление, когда два человека, являющихся носителями одинаковой или родственной наследственности, то есть «генетическими родственниками», неизбежно притягиваются друг к другу.

В качестве материала для доказательства этой гипотезы мы использовали сотни генеалогических древ со взаимно притягивающимися партнерами в любви и профессии, отыскивая генетическую симметрию в фигурах предков у обеих семей. *Вначале наш тест* — имевший ту же самую форму, что и сегодня, — должен был *выполнить функцию экспериментального исследования семьи* посредством выбора карточек определенных персон, страдавших от одной из восьми наследственных заболеваний. В полном соответствии с этой целью мы в 1939 г. назвали наш *тест «генотестом»*, определяя с его помощью индивидуальную кондукторную натуру И. Позднее мы обнаружили, что генотест хорошо *подходит* не только для выявления особой индивидуальной кондукторной натуры, но и *может выполнять роль клинического психодиагностического*

* Heinelt, G.: Altersspezifische Entwicklungslinien im Szondi-Test. Inaugural-Dissertation der Universität Freiburg i. Br., 1951.

** Szondi, L.: Contributions to Fate Analysis. Analysis of Marriages. An attempt at a theory of choice in love. Acta Psychologica. Vol. III. No. 1. The Hague, Martinus Nijhoff, 1937.

теста. К сожалению, Сонди-тест — исключая мою Цюрихскую школу (и прежде всего У. Мозера, Штудер-Зальцманна, А. Бэли и т. д.), — вряд ли используется за границей в качестве метода выявления невидимой кондукторной природы испытуемого. Причину этого, на наш взгляд, следует искать не в том, что тест не может выполнять свою функцию в качестве генотеста, а скорее в том, что после Второй мировой войны по вполне понятным причинам возникло довольно большое сопротивление по отношению к любому исследованию семьи, ее корней. Сонди-тест правильно функционирует именно потому, что выбор карточек — с наряду уже упоминавшимися условиями — зависит *еще* и от специфической кондукторной природы, то есть от наследственности И. Поэтому нашим первым условием создаваемого теста было генетическое условие. Оно предписывает, что *фигурирующие в формуле влечений так называемые «корневые факторы», то есть постоянно позитивные или негативные факторы, которые И. довольно трудно удовлетворить из-за их высокой напряженности, должны также обнаружиться в родословном древе испытуемой персоны в виде патологических семейных фигур предков.* Такие корневые факторы мы часто и сегодня называем «кондукторными факторами». В соответствии с этим условием *наши первые проверки на валидность имели генетическую природу*, то есть мы сравнивали корневые факторы из нашей экспериментальной формулы влечений с результатами исследований родословного дерева. Мы хотим на двух примерах показать здесь этот метод генетической проверки на валидность.

Случай 65. 25-летний аптекарь. В родословном древе на рисунке 1 изображены кровные родственники испытуемого с материнской и отцовской стороны (сам он фигурирует под № 63), а в родословном древе на рисунке 2 приведены сделанные И. выборы партнеров в любви, профессии и дружбе*.

Как родственники по крови, так и родственники по выборам в соответствии с этими генетическими исследованиями прежде всего относятся к двум наследственным кругам: *эпилептическому (е)* и *параноидно-шизофреническому (р)*. Проверка теста на валидность в генетическом смысле заключалась в том, что мы на основе десятисерийных экспериментов подсчитали формулы влечений и класс испытуемого у аптекаря. Согласно линнэус-методу, формулой влечения является:

$$\begin{array}{ll} \text{Симптом-факторы} & = k_7^+ h_6^+ d_5^+ \\ \text{Сублатентные факторы} & = \frac{m_4^+ h_2^+ s_2^+}{e_1^- p_1^-} \\ \text{Корневые или кондукторные факторы} & = \end{array}$$

Таким образом, наш тест с замечательной точностью *экспериментально* обнаружил особую эпилептиформную (— е) и параноидную (— р) кондукторную натуру испытуемого.

Случай 66. При объяснении сущности метода линнэуса влечений мы уже сообщали истории жизни и болезней, а также формулы влечений двух больных

* Этот случай генетически и глубинно-психологически подробно обсуждается в книге Ich-Analyse (1956), стр. 84–100.

эпилепсией (А. 25-летней и В. 23-летней). Матери обеих И. проявляли клинически 1. *истерические* (hy) и 2. *депрессивные* (d) симптомы. В формуле влечений дочерей обнаружались в виде корневых или кондукторных факторов: *hy, d*. Но о возможности применения теста одновременно и в качестве *генетического*, и в качестве *психодиагностического средства* свидетельствуют прежде всего экспериментальные результаты, в соответствии с которыми у обеих пациенток во время тестирования фактор *e* фигурировал *в качестве ведущего симптом-фактора* в формуле влечений.

Этот вид проверки валидности теста на основе генетических условий мы проводили многократно. Результаты убеждают в том, что наш тест выборов действительно прекрасно подходит для выявления особой кондукторной природы И., а этим доказывает свою пригодность в качестве инструмента экспериментального исследования семьи.

На основе таких исследований мы можем следующим образом ответить на вопрос, почему наш тест хорошо функционирует: потому что он — в результате специфического провоцирующего характера тестовых карточек — вызывает ассоциативный отклик специфической латентной наследственной или кондукторной натуры И. Такая мобилизация скрытой наследственности под воздействием карточек может заходить столь далеко, что во время ассоциаций на тестовые карточки у И. может возникнуть параноидный или предэпилептический приступ (случаи 35, 58). Только посредством этого мы можем объяснить, почему параноидные испытуемые в начале психотического процесса стараются выбирать карточки параноиков в особенно большом количестве ($- !$), а к карточкам кататоников не притрагиваются. Как известно, эго-картина острого параноидного приступа имеет вид Sch 0 — !

В контексте наследственной латентности это говорит о том, что *состояния напряженности в области потребности в проекции столь велики, что И. не в состоянии полностью удовлетворить эту потребность*. Подобным образом мы должны истолковывать и наше наблюдение, что больные кататонией часто принадлежат к классу Schk-!, то есть *корневым фактором* является — ! k, так как из-за унаследованной повышенной напряженности в области потребности к отрицанию ($- ! k$) при кататонии чаще всего выбираются карточки кататоников в чрезмерном количестве. То же самое относится к способу образования Cd+-класса у депрессивных людей и Cm- -класса — у людей маниакальных. *Естественно, что специфическая напряженность (p, k, d, t) обусловлена повышенной латентностью этих наследственных факторов. Их действие продолжается, пока персона фактически пребывает в фазе острого процесса. Если скрытая напряженность смещается под воздействием изменившихся внешних или внутренних обстоятельств в восьми унаследованных латентностях, то одновременно изменяется и выбор карточек в психологическом эксперименте.* Именно такая возможность смещений в напряженностях потребностей объясняет тот клинический факт, что в определенных обстоятельствах эпилепсия может переходить в паранойю, затем — в кататоническое или депрессивное состояние, а со временем — в маниакальное расстройство. При помощи Сонди-теста мы можем подробно исследовать эти невидимые смещения наиболее глубоких напряженностей в семейном бессознательном. Однако это не означает, что *изначальная унаследованная конституция И. тоже изменилась*. Конечно, с момента оплодотворения и до самой смерти она остается одной и той же, *смещаются только пропорции латентных наследственных факторов относительно своей актуальной латентности или способности к реализации, иначе говоря, смещаются*

соотношения напряженностей под влиянием эндогенных и экзогенных моментов в жизни конкретного человека. И, конечно же, значимую роль в этом процессе метаморфоз играет сфера Я и ее связь с духовностью.

IV. Глубинно-психологическое условие

Предполагается, что тест способен обнаруживать персонально приобретенную натуру влечений и персональный вид эго-защиты.

Можно с уверенностью сказать, что предлагаемая книга в результате изложения психологии восьми факторов влечений, 64 картин векторов, выявления в тесте механизмов защиты Я, использования методов истолкования края и середины, «проводника» и «слеодохода», психосексуальных и социальных пропорций и ассоциативного факторного метода *в принципе строится на базе фрейдовского психоанализа*. Будет совершенно справедливым говорить о том, что *наш тест в действительности является экспериментальной диагностикой влечений и сферы Я и, следовательно, представляет из себя психоаналитическую диагностику*. Все так называемые диагнозы, вслепую поставленные на основании нашего теста, при интерпретации используют именно связь с психоанализом^{*}. То, что мы значительно расширили существовавшую прежде систему влечений психоанализа, добавив к ней новые формы механизмов защиты Я, ничего не изменяет в существующей связи с психоанализом. Это становится очевидно, если мы вспомним, что дешифровку результатов тестирования мы проводим одновременно в двух направлениях. Во-первых, мы проводим сравнение полученных в тесте корневых и симптом-факторов с результатами исследования семьи. Во-вторых, мы контролируем результаты тестирования *посредством психоанализа, проведенного lege artis, той же самой персоны*. До того, как мы начинаем глубинно-психологическое лечение пациента, мы просим психолога протестировать его или тестируем сами, проводя десятисерийный эксперимент. После этого проверяем глубинно-психологические результаты предшествующего тестирования во время и после аналитического лечения результатами психоаналитического лечения «на кушетке», особенно посредством истолкования сновидений. Таким образом мы адаптировали смысл некоторых тестовых реакций к результатам психоаналитического лечения, иногда нам приходилось даже заново формулировать значение определенных психодиагностических показателей. Такой контроль над тестированием на основе глубинно-психологического лечения прежде всего систематически проводился в 1947–1958 годы. Это и было основной причиной, по которой нам пришлось полностью переработать эту книгу для второго издания.

Вряд ли стоит вновь рассказывать о разнообразных результатах и перечислять все аргументы, нашедшие отражение во втором издании и полностью убеждающие в том, что наш тест действительно способен выявлять бессознательную, личностно приобретенную картину влечений и вид эго-защит. Достаточно сказать, что *Сонди-тест в действительности позволяет полностью определить все виды судеб влечений и сферы Я, которые были открыты Фрейдом*. Из этого мы можем сделать следующие выводы:

* Moser, U.: Validierung, Blinddiagnose usw. Szondiana II. S. 42ff.

Во-первых, наш тест правильно функционирует потому, что он в состоянии диагностировать, наряду с выявлением актуальных наследственных факторов *семейного* бессознательного, и персонально-вытесненные потребности *личного* бессознательного, которые обуславливают хронические и актуальные симптомы невроза или психоза. Таким образом, Сонди-тест является не только одним из экспериментальных методов диагностики унаследованных качеств испытуемого, не только *генодиагностическим* средством, но и *психодиагностическим* средством для определения *персонально* приобретенных судеб влечений и сферы Я.

Во-вторых, наш тест хорошо функционирует только у психологов, которые в своем искусстве истолкования синхронно учитывают как унаследованные, так и персонально приобретенные свойства испытуемого. Если психоаналитик не обращает внимание на расстройства унаследованных качеств в судьбах влечений и сферы Я кого-либо из пациентов, то при лечении он не только допускает грубую ошибку, но и противоречит *последним* высказываниям З. Фрейда (1937–1938 годы, то есть незадолго до своей смерти [1939 г.]): «Когда мы говорим об архаическом наследстве, то обычно думаем только о сфере Оно, словно бы сфера Я еще не существует в самом начале жизни индивида. Но не стоит упускать из вида, что в начале жизни Оно и Я составляют единое целое, и вовсе не будет мистической переоценкой роли наследственности, если мы посчитаем вполне вероятным, что еще не существующему Я уже предписано, какие направления развития, тенденции и реакции оно будет позднее актуализировать»^{*}. В работе «Завершенный и незавершенный анализ» (1937), откуда мы взяли цитату, самим З. Фрейдом *признается и подчеркивается наследуемость механизмов защиты и существование унаследованных различий в развитии сферы Я*.

В неоконченном «Очерке психоанализа», написанном в 1938 году, Фрейд говорит о доказательствах участия бессознательной сферы Оно в формировании сновидений. Мы приводим цитату: «Кроме того, в сновидениях мы обнаруживаем материал, который *не встречался ни во взрослой жизни, ни в уже забытом детстве сновидца. Мы вынуждены рассматривать такой неизвестно откуда взявшийся материал в качестве архаической наследственности, которая влияет на ребенка посредством прежних переживаний предков и существует еще до того, как ребенок начнет приобретать свой собственный индивидуальный опыт*»^{**}. Эта концепция полностью соответствует основному принципу судьбоанализа.

■

На вопрос, почему наш тест может функционировать в качестве психодиагностического средства, мы можем дать обобщенный ответ: *тест Сонди функционирует потому, что стимульные карточки тестового аппарата обладают специальным провоцирующим характером, на который И. «откликается» ассоциативным путем, теми струнами души, где имеющаяся у него унаследованная натура и персонально вытесненная натура влечений имеют актуально повышенные внутренние напряженности влечений.*

^{*} Freud, S.: Gesammelte Werke. Bd. XVI. S. 86.

^{**} Freud, S.: Gesammelte Werke. Bd. XVII. S. 89.

ГЛАВА 28, ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВЛЕЧЕНИЙ

Автор ограничивается здесь представлением тех областей применения, в которых в результате публикации важных работ, в том числе и монографий, уже доказано, что экспериментальная диагностика влечений действительно может эффективно применяться*.

1. Возрастная психология, психология и психиатрия детского возраста, детская игровая терапия

Предполагается, что испытуемый в нашем эксперименте характеризуется следующими качествами:

- 1) *способность к спокойному рассмотрению по порядку всех отдельных карточек;*
- 2) *достижение уровня зрелости, достаточного для умения осуществлять сравнение карточек в аспекте притяжения или отталкивания;*
- 3) *достижение уровня зрелости, достаточного для осуществления выборов на основе суперлативности**.*

В нашем диагностическом методе мы психологически работаем только с теми выборами испытуемых, которые осуществлены на основе спокойного наблюдения, сравнения и суперлативного выбора. В 1939 году мы поручили госпоже Маделин Дене выявить, с какого возраста дети способны к соблюдению таких условий выбора. В проведенном эксперименте со 140 детьми зажиточных жителей Будапешта были выявлены следующие уровни развития выборов (1940):

1. Ступени развития актов выбора

1. *Неадекватный выбор без рассматривания всех карточек (3–3,5-летние дети).* Карточки воспринимаются не в качестве отдельных предметов со специфическим характером, а как гомогенные элементы какой-то игры. Среди прочего, здесь можно встретить и такие примитивные действия:

- *Краевые выборы:* испытуемые постоянно выбирают карточки, находящиеся с краю, чаще всего те, которые расположены рядом друг с другом или по четырем углам серии из восьми карточек.

* На I Международном коллоквиуме (Цюрих, 1958) этой теме был посвящен главный доклад.

** Superlativ (лат.) — превосходная степень сравнения.

- *Ритмические выборы*: ребенок напевает песенку или говорит какую-либо скороговорку, а на последнем звуке или слоге выбирает ту карточку, на которой он перестал петь или говорить.

Таким образом, дети еще не различают специфические характеристики отдельных карточек. На этой ступени развития актов выбора находятся 76% 3–3,5-летних детей, 22 % 4–5-летних и 1,5 % 6–7-летних детей.

Краевые выборы мы случайно обнаружили у взрослых пациентов с шизофренией и гебефренической шизофренией, некоторые из них были вообще не способны выбрать только одну карточку; они должны были постоянно выбирать по паре карточек. Возможно, в этом символически проявляется предрасположенность к гипер-сопричастности. Некоторые больные сенильной деменцией с возрастом тоже регрессируют на эту примитивную ступень развития актов выбора.

2. *Скачкообразно, импульсивно осуществляемый выбор без какого-либо заметного участия суперлативного сравнения (4–5-летние)*. Акт выбора и здесь не определяется сравнением карточек по степени наибольшей симпатии или антипатии, ребенок становится настолько поглощенным какой-либо одной чертой изображенного на карточке человека (его бородой, волосами), что он чаще всего не обращает никакого внимания на другие карточки. На этой стадии находятся 51% 4–5-летних, 20% 3–3,5-летних детей и 26% 6–7-летних. Таким образом, в возрасте 4–5 лет ребенок только в редких случаях способен понимать *сравнительные, компаративные* понятия типа «прекрасная, прекраснее, самая прекрасная».

Подобный способ выбора мы периодически встречаем у сенильных больных и при шизофрении с деменцией.

Тщательное рассмотрение всех предъявляемых карточек и выбор на основе суперлативного сравнения (6–7-летние дети). На этой ступени выборов уже становятся возможны обдуманные, корректирующие выборы с повторным рассмотрением всех восьми карточек. Ребенок сравнивает карточки и способен понять, какая из них «самая-самая». Такими зрелыми выборами отличаются 72% 6–7-летних, 26% 4–5-летних и 3% 3–3,5-летних детей. Обращает на себя внимание тот факт, что 3% 3–3,5-летних детей способны правильно выбирать карточки. Результаты, полученные в экспериментах с такими маленькими детьми, мы сообщили в первом издании нашего учебника.

2. Специфически возрастные характеристики развития

В первом издании учебника по экспериментальной диагностике влечений мы в форме таблиц привели частоту факторных и векторных реакций, частоту формул влечений и пропорций латентности и частоту показателей развития Я, на примере *венгерских* детей*. Хотя был изложен обширный материал, собранный в работе с 825 детьми от 3 до 18 лет, разделенный по следующим категориям: после первого пубертатного периода ($n = 75$), латентный период ($n = 150$), возраст адаптации к школе ($n = 100$), допубертатный период ($n = 125$), начало ($n = 200$) и конец пубертатного периода ($n = 175$), мы решили во втором издании не приводить этих таблиц

* Experimentelle Triebdiagnostik. I. Aufl., 1947. Tab. 26, 27, 39, psychodiagnostische Tabellen II-VII und XXII-XXIII.

со специфичными для каждого из указанных возрастов реакциями, причем руководствовались мы при этом следующими соображениями:

Возрастные характеристики *венгерских* детей нельзя переносить на народы, обитающие в других регионах, как это, к сожалению, нередко случается. В результате делаются неправильные выводы о невозможности применения теста. Из обсуждавшихся в главе XXVII статистических условий следует, что на основе широкомасштабных исследований населения необходимо выявить специфические *региональные* и национально-расовые возрастные характеристики. Так что прежде всего предстоит задача выявления *региональных* возрастных характеристик, специфичных для отдельных народов, а потом — на основе результатов подобных исследований — можно в определенной степени делать предположения *об общих закономерностях развития* сексуального влечения и влечения к контактам, этично-моральной цензуры и развития Я, линнэуса влечений, сексуального и социального индекса, количественного напряжения у детей. *В настоящее время мы почти совсем не располагаем такими данными.* Мы надеемся, что основание «Международного общества исследований психологии судьбы» (Цюрих, 1958) будет способствовать проведению исследований в этой области. По просьбе нескольких исследователей мы решили включить в третье издание описание отношений между «ступенями Я и жизненным возрастом» в сокращенном виде (приложение III).

В этом аспекте большое значение имеют групповые исследования, проведенные Хайнельтом* (приват-доцентом Мюнхенского университета) с 1300 подростками в возрасте от 11 до 15 лет, так как Хайнелт исследовал относительно однородную группу детей с юга Германии, пытаясь выявить различия между девочками и мальчиками, а кроме того, учесть принадлежность к различным социальным слоям. Хайнелту удалось доказать, что развитие в жизни влечений и сферы Я характеризуется тремя признаками:

1. образованием духовно-этичного управления (*e* и *p*), то есть образованием середины;
2. включением нежности в проявлениях к конкретному индивиду в актуальный процесс становления сексуальности;
3. формированием доверительных и зрелых отношений к окружающим людям (*d* и *m*).

Установленные в этом исследовании закономерности развития Я соответствуют выводам, сделанным нами в 1947 году**. Хотя развитие и у юношей, и у девочек имеет одно направление, у девушек, посещавших обычные («народные») школы, на 13-м году жизни отмечается *регрессия*, в то время как у девушек из гимназий здесь, наоборот, обнаруживается существенный *скачок* в развитии. Автор обсуждаемого исследования считает 13-й год жизни переломным для девушек из обычных школ и объясняет наблюдающиеся при этом явления воздействием социального окружения.

* Heinelt, G.: Altersspezifische Entwicklungslinien im Szondi-Test. Inaugural-Dissertation der Albert-Ludwigs-Universität (Prof. R. Hiess), Freiburg i. Br., 1951.

** Experimentelle Triebdiagnostik, 1947. S. 175–84.

3. Типы детского поведения, обнаруживаемые в тесте

Еще один способ применения теста предложила доцент Амстердамского университета Рита Вюк (доклад, прочитанный на I Международном коллоквиуме в Цюрихе, в 1958 г.). Она пытается с помощью нашего теста выявить те структуры влечений, которые манифестируются в *особых способах поведения* детей дома и в школе. Например, какие ситуации влечений и сферы Я обуславливают то, что ребенок скучает или ведет себя инфантильно, лжет, соперничает или чувствует себя одиноким? Такой постановкой вопроса эта исследовательница открыла для теста совершенно своеобразную область применения, а именно отношения между «проводником» на переднем плане и процессами во влечениях и сфере Я в глубинах души ребенка. Экспериментально было доказано существование у ребенка двойной жизни, о которой писала в своей книге Т. Вагнер-Симон^{*}.

4. Начало применения теста Сонди в игровой терапии

Разработка этой сферы является заслугой женевской исследовательницы детской психологии и педагога Ринггер^{**}. Эта исследовательница до и после игрового психотерапевтического сеанса проводила диагностический эксперимент и исследовала взаимосвязь между профилями влечений детей и содержанием и формой отреагирования в игре с куклами. Тенденции и потребности, которые выявлялись на переднем, на теоретическом и экспериментальном заднем плане, при их сравнении с игровыми процессами каждого сеанса *проявили себя как силы, определяющие процессы происходящей игры*. Ринггер подчеркивает, что тест Сонди оказывается полезным вспомогательным средством для психотерапевта, позволяющим проводить диагностику и терапию на более надежной основе наблюдения и управления лечебным процессом.

Подобные результаты были получены Шарлоттой Шпитц в Цюрихе.

II. Педагогика и воспитание неполноценных детей

Соотношения между школьными успехами, структурой влечений и сферой Я в 1940 году были исследованы Габриэль Эрвин (Будапешт).

И. Винциг, профессор экспериментальной педагогики Цюрихского университета, обработал результаты ряда исследований цюрихских школьников; развитие влечений и сферы Я также рассматривалось в аспекте коэффициента интеллекта и школьных успехов.

Использование теста при воспитании неполноценных детей впервые было проведено Н. и Дж. Снийдерс в 1949 году с глухонемыми детьми и дало позитивные результаты.

^{*} Simon, Therese: Das Doppelleben des Kindes. Rotapfel Verlag, Zürich, 1937.

^{**} Ringger, H. J.: Der Szondi-Test im psychotherapeutischen Spiel. Schw. Ztsch. für Psych., Bd. XVI, Nr. 4. 1957.

Монографическое исследование применения психологии судьбы и экспериментальной диагностики влечений в области воспитания неполноценных детей написано Карлом Керном*.

Применение теста в фильмологии, и особенно анализ воздействия фильмов на влечения подростков было проведено в 1958 году Фридрихом Бэллингротом (Бонн)**. Эта новаторская работа является не только одним из фундаментов *аналитической психологии фильмов* на основе экспериментальной диагностики влечений, но и ценным «путеводителем» по *психологии подростков* в области воздействия фильмов на влечения детей.

III. Характерология

Применение теста Сонди для выявления опасных аномалий характера подробно обсуждалось самим автором в первом издании этой книги***, и особенно в «Анализе Я»****.

П.Х. Эссер (1952 г.) построил свое учение о характере, опираясь, наряду с работами Л. Клягеса, на психологию судьбы и Сонди-тест. Э. Шнайдер (Базель) также обнаруживает связи между системой влечений теста Сонди и характерологией****. Наш тест займет в характерологии особенно важное место, когда результаты тестирования начнут сравниваться с данными уже имеющихся исследований или прежними структурами характера, которые отмечаются у членов семьи. Согласно нашему определению, *характером называется тот элемент судьбы, который Я уже запечатлело в себе*. Сфера Я строится из унаследованных черт характера членов семьи. Личный характер возникает посредством запечатления в Я части бессознательно или сознательно присвоенного семейного характера. Под запечатлением в психологии Я подразумевается интроекция. *Динамический анализ характера* — как мы его продемонстрировали на одном из примеров в книге «Анализ Я» — должен учитывать следующие компоненты:

1. *Анализ характера «проводника»* испытуемого, его родителей, сибсов, тетей, дядей, кузенов и кузин, дедушек и бабушек и т. д.
2. *Анализ характера «слеодохода»* испытуемого, его родителей и т. д.
3. *Анализ диалектики* между Я и краевыми влечениями, далее — определение сексуального и социального индекса, но прежде всего анализ диалектики между характером семейного «проводника» и «слеодохода».

* Kern, K.: Das familiäre Unbewußte und die Heilerziehung. Dissertation an der philosoph. Fakultät der Universität Freiburg, Schweiz, 1956.

** Bellingroth, F.: Triebwirkung des Films auf Jugendliche. Abh.z. experim. Triebforschung und Schicksalspsychologie (Hrg.: L. Szondi). Nr. 3. Huber, Bern und Stuttgart, 1958.

*** Experimentelle Triebdiagnostik, 1947. Charakterologische Syndrome, S. 113-119.

**** Ich-Analyse, 1956, S. 369-397.

***** Schneider, E.: Der Szondi-Versuch, Huber, Bern und Stuttgart, 1952.

IV. Криминология. Юридическая психология. Судебная психиатрия

В первом издании этой книги мы уже указывали на эти важные области применения. Тест Сонди как бы специально предназначен для того, чтобы обнаруживать все скрытые опасности влечений, которые приводят или могли бы привести к преступной деятельности. Такие ожидания у государственного адвоката из Берна господина Вальтера блестяще оправдались. В своей монографии «*Структура влечений и криминальность*»^{*} он не только доказал эффективность применения Сонди-теста для выявления структуры влечений у преступников и важную роль нашего теста среди методов исследования, использующихся для установления истины на допросах преступников и прогноза относительно тех, кто условно освобождается, но и создал *криминально-биологическую типологию* с синдроматикой на основе нашего учения о влечениях.

По инициативе Вальтера Йозеф Литтманн (служащий Института судебной медицины в Цюрихе) начал использование нашего теста в судебной психиатрии при экспертизе преступников^{**}.

То же самое сделал Э. Штумпер в Люксембурге^{***}, профессор В. Ляйббранд — в Германии, Р. Пруши-Бежарано (Париж) и А. Фридеманн (Биль, Швейцария) — в работе о молодых преступниках, Е. Вайнманн (Хорген, Швейцария).

В Соединенных Штатах Сюзан Дери^{****} опубликовала дифференциально-диагностические признаки, обнаруженные у 13 убийц, совершивших преступление в состоянии аффекта, у 19 проституток, у 25 преступников-подростков, у 50 воров (из Венгрии), а Моли Харроуэр^{*****} — у 18 бродяжничающих и 83 преступных детей из Нью-Йорка по сравнению с 77 не преступившими закон детьми. Обе исследовательницы подчеркивают, с одной стороны, возможность использования теста для эффективной дифференциальной диагностики подростков-преступников, а с другой — выявляют трагически воздействующую *неудовлетворенность* криминальной молодежи в области нежности (+ h) и привязанности (— m).

Х. Элленбергер^{*****} обогатил базу данных Международного Архива Психологии судьбы (Цюрих) сериями экспериментальных профилей преступных психопатов, Свен Ваалросс — тестовыми сериями 100 убийц и 100 шулеров и мошенников, Х. Р. Дэвид^{*****} — 100 профилями гомосексуалистов, пребывающих в тюрьме.

* Walder, H.: Nr. 1 der Abhandlungen zur exp. Triebforschung und Schicksalspsychologie (Hrg. L. Szondi). Huber, Bern und Stuttgart, 1952. Englisch: Ch. C. Thomas, Springfield, USA, 1959.

** Littmann, J.: Drei Notzuchtdelikte in psychiatrischer Sicht. Kriminalistik. 11. Jg., H. 9, 1957.

*** Stumper, E.: Triebstruktur und Geisteskrankheiten. Nr. 2 der Abhandlungen zur exp. Triebdiagnostik. Huber, Bern und Stuttgart, 1956.

**** Déri, S.: Differential Diagnosis of Delinquents with the Szondi-Test. Journ. of Projective Techniques, Vol. 18, Nr. 1. 1954.

***** Harrower, M.: A Study of juvenile Delinquents by the Szondi-Test. Szondi Newsletter (Editors: M. O. Jakob a. J. R. Morris). Vol. VI. Nr. 3. 1958.

***** Ellenberger, H.: Psychose, Neurose oder Schicksalskreis? Szondiana I. Huber, Bern und Stuttgart, 1953.

***** David, H. P. mit L. Poljak: Vergleichende Syndromanalyse bei 100 Epileptikern u. 100 Homosexuellen. Szondiana II. S. 72—87.

Остается назвать новую монографию психиатра Л. Вурмсера* об анализе судьбы 22 бандитов, совершивших убийство с целью ограбления; Вурмсеру удалось на основе судебной экспертизы и катamnестических исследований — частично с проведением тестирования — четко показать роль наследственности, структуры влечений, социального окружения, интеллекта и мировоззрения, функций Я и их связи с религией; причем сделано это Вурмсером как глобально в структуре судьбы таких убийц, так и в более узком смысле.

Наш тест оправдал свое использование в сексуально-патологических и судебных случаях (экзгибиционизм, фетишизм, трансвестизм, садизм, убийство на почве полового извращения) (Вальдер, Литтманн, Бом**, Вебб*** и т. д.). О роли социального индекса мы уже говорили.

V. Общая психиатрия и учение о неврозах

В этой области экспериментальной диагностики влечений применение нашего психодиагностического теста связано с гораздо большими трудностями, чем в криминологии. Как уже упоминалось в этой книге, причины такого положения дел в целом выглядят следующим образом. *Наш тест позволяет выявить — наряду с прошедшими и будущими возможностями судьбы — еще и актуальные психические процессы, причем чуть ли не в statu nascendi (момент их возникновения).* Психиатрические диагнозы медицинского учреждения, наоборот, часто не уточняются годами; врачи не учитывают изменившегося состояния, не замечая новый острый психический процесс, и продолжают придерживаться первоначально поставленного диагноза, причем даже тогда, когда больной уже давно находится в совершенно другом круге болезней или стал дементным. Конечно, такое мы встречаем и во всех психиатрических учреждениях, и во всяком случае в большинстве клиник. Инстинктивные процессы, как и функции Я, в случае психозов и неврозов чаще всего являются не неизменными состояниями, а изменяющимися процессами, постоянно находящимися в потоке психического круговорота. *Поэтому экспериментальная диагностика влечений в области диагностики психозов и неврозов должна учитывать динамичность жизни влечений и сферы Я, а не придерживаться — к сожалению, все еще широко распространенных, — взглядов о существовании стационарных, постоянных единиц болезней.* По этой причине мы отказались от диагностики в статичных клинических категориях болезней, и даже определяем не диагнозы, а актуальные пропорции вызывающих болезнь кругов влечений. Таким образом, посредством продолжающихся экспериментальных исследований мы наблюдаем за изменяющимся ходом психических процессов, то есть за тем, каким образом у больного смещаются пропорции

* Wurmser, L.: Raubmörder und Räuber. Kriminalistik. Hamburg, 1959.

** Bohm, E.: Ein Fall von masochistischem Transvestismus. Szondiana I. 1953, S. 9—43.

*** Webb, M. W.: Die klinische Bedeutung von Ergebnissen der Dur-Moll-Methode im Szondi-Test. Szondiana II. Huber, Bern und Stuttgart, 1955. S. 88—111; Szondi, Moser, Webb, The Szondi Test in Diagnosis, Prognosis and Treatment. Lippincott, Philadelphia, Montreal, 1959, p. 172—245.

латентности в его унаследованной конституции, так как вместе с таким смещением пропорций всегда изменяется и клиническая картина болезни (см. рисунок 19). Психиатр медицинского учреждения — исключая отдельные редкие случаи — уже из-за одного только недостатка времени не может проследить за всеми метаморфозами в инстинктивных и эго-процессах в судьбе конкретных больных. Так что когда-то наклеенная на больного «бирка» остается на нем, пока он не умрет. Еще больше осложняет положение больных отношение к ним здорового окружения, когда люди узнают, что они были интернированы или находились под арестом.

Однако нам удалось доказать, что каждый психотический пациент иосит в себе *предрасположенность ко всем четырем единицам болезней*, то есть к сексуальному, истероэпилептическому, шизоформному и циркулярному кругам, как и возможность здорового существования. *Пропорциональные соотношения четырех унаследованных, или инстинктивных групп отличаются у разных индивидов, как отличаются они у одного и того же больного в разные периоды времени.* Этот тезис о метаморфозах и непостоянстве всех четырех так называемых единиц болезней получил поддержку в исследованиях наследственности. «Вполне возможно, — как пишет Х. Люксенбургер, — что какой-либо шизофреник наряду с полным шизофреническим генотипом имеет и частичную маниакально-депрессивную или эпилептическую конституцию, и наоборот. Я даже считаю, что один и тот же человек может быть вначале эпилептиком, затем шизофреником и еще «успеть» стать маниакально-депрессивным больным. В соответствии с сегодняшним состоянием исследований наследственности нет никаких причин считать, что наследственные психозы не могут сосуществовать». К подобным результатам пришли и мы на основании экспериментальных психодиагностических исследований 2671 случая психотизма.

Здесь мы упомянем случай 32-летнего административного служащего, находившегося на лечении в психиатрической университетской клинике города Тюбингена, случай, который классически демонстрирует то, о чем мы только что говорили. У этого мужчины в детстве несколько раз были судороги. До первого помещения в клинику Тюбингена он пребывал в подавленном состоянии, испытывал чувство неполноценности и не был способен работать. Затем внезапно его настроение изменилось, он стал сильно возбужденным; *повышенное настроение* сохранялось очень долго, появился бред величия и представления-иллюзии. В психиатрическом учреждении больной долгое время не мог избавиться от некорректируемых *параноидных идей*, он чувствовал, как на него воздействовали на расстоянии магическим способом, у него были слуховые галлюцинации. При первом поступлении в клинику больному поставили диагноз — *смешанный психоз*. Чуть позднее был поставлен окончательный диагноз «*параноидно-галлюцинаторная шизофрения*», затем — *психоз с маниакальными чертами*. При втором поступлении этому же больному был поставлен диагноз *депрессия*.

В тесте, который был проведен во время второго помещения в клинику, обнаружались следующие пропорции латентности:

$$\underbrace{\frac{Cd +}{8} : \frac{Phy -}{5} : \frac{Sh +}{3} : \frac{Schk -}{1}}$$

Актуальная депрессия проявляется в результатах тестирования в форме наибольшей степени латентности $\frac{Cd +}{8}$. Из-за Phy — латентности мы, тем не менее, должны сделать вывод и о *эпилептиформно-параноидном* заболевании. А дословно в нашем диагнозе, сделанном вслепую, было следующее: «*паранойя в его структуре влечений играет вторичную роль, скрываясь за постоянной депрессией*» $\left(\frac{Cd +}{8} : \frac{Phy -}{5} \right)$.

Этот случай может послужить в качестве парадигмы изменяемости клинических диагнозов, а также для умения правильно понимать психические процессы — как прошедшие, так и актуальные — посредством выявления пропорций латентности, в которых можно ясно обнаружить все диагнозы, которыми в качестве возможностей судьбы был награжден конкретный больной — и даже соответствие этих судеб актуальным количественным пропорциям*.

Да и то обстоятельство, что тестовые симптомы, которые определены нами исключительно для острых процессов психозов и неврозов, невозможно найти у хронических больных, причем часто после многолетнего лечения инсулиновым или электро-шоком или у больных, уже находящихся в конечной стадии регресса, тоже может привести некоторых исследователей к мысли о том, что наша тестовая симптоматика не эффективна. Шизофреники в стадии полного отупения или в состоянии излечения с сохраняющимся дефектом живут с совершенно другой психической конституцией, чем в тот период, когда у них начался процесс с бредовыми образованиями и галлюцинациями. Это хорошо знает любой психиатр. И тем не менее у хронических больных продолжают искать в тесте те симптомы, которые можно обнаружить только в остром, начальном процессе**. Больные эпилепсией после многолетнего лечения люминалом или имеющие выраженную патологию мозга также выдают профили, отличающиеся от профилей эпилептиков, у которых болезнь только начинается. Следует научиться избегать таких грубых ошибок.

В свете учения о неврозах стоит упомянуть о возможности ошибочного диагноза у больных неврозом навязчивых состояний. Вначале эти больные показывают классическое навязчивое Я: $Sch \pm 0$. Но если какой-либо страдающий неврозами с навязчивыми состояниями проходит психоаналитическое лечение и на сеансах начинает осознавать предшествующие и вытесненные анально-садистические притязания, тот же самый пациент может постоянно поставлять эго-картину: $Sch + 0$. В этой картине Я мы не находим — как раз из-за совершившегося осознания — знаки вытеснения ($-k$) в тесте, а наоборот, реактивные образования в сфере Я — то есть интроекция противоположных притязаний в виде мягкости (снисходительности), повышенной чистоплотности и доброты — сохраняются в неизменном виде в характере, а следовательно и в результатах тестирования ($+k$). Если все обстоит именно

* Этот случай подробно тестологически и клинически излагается в книге «Патология влечений» (случай 28).

** В качестве примера мы упомянем работу финского психолога Rauhala, L.: «Über die Validität von Szondis Syndromatik der Schizophrenie» и критику этой работы, принадлежащую A. Beeli: «Bemerkungen zur Arbeit von L. Rauhala». Обе работы появились в Schw. Ztsch. für Psychologie, Bd. 17, Heft 3, 1958.

так, почему возникает необходимость в тестировании при психотизме и невротизме? Конечно, явно не затем, чтобы подтвердить клинический диагноз. Это требуется, во-первых, для того, чтобы посредством непрерывных серийных экспериментов обнаружить клинически невидимые и бессознательные психические процессы у душевнобольных; во-вторых, чтобы проводить такой вид терапии, который будет наилучшим образом соответствовать психическому состоянию больного; в-третьих, чтобы выяснить, на какую именно область души необходимо оказать воздействие применяющейся терапией, и, в-четвертых, — и это не менее важное, чем и первые три объяснения — чтобы разобраться в индивидуальной психологии психозов и неврозов, дажe не прибегая к психоанализу.

Здесь мы должны прежде всего упомянуть двух авторов, которые именно в таком смысле и применяли наш тест в психиатрических учреждениях.

Профессор Ф. Сото Ярриту, в настоящее время являющийся президентом Испанского общества неврологии и психиатрии, на основе исследований, проведенных с 2352 больными, установил (1953 г.), что результаты тестирования посредством Сондн-теста в 85–90% всех случаев полностью соответствуют клиническому течению психозов. Директор лечебницы в Эттельбрюкке (Люксембург) Эрнест Штумпель на основе 400 случаев исследовал роль влечений в патогенезе психозов и с абсолютно позитивным конечным результатом подтвердил имеющиеся показатели в тестовой диагностике и синдроматике*.

Мы можем еще упомянуть о проведенных нами исследованиях 180 больных с бредом (книга «Анализ Я», 1956 г., стр. 408–464), что позволило нам сделать следующие выводы:

- Вид формирующегося бреда определяется видом функций Я.
- Мы различаем шесть видов бредовых образований (проекционный, инфляционный, интроспективный, отрицающий, дезинтеграционный и интеграционный бред), которые в течение болезненного процесса могут переходить друг в друга; но содержание бреда всегда обуславливается той фазой в функционировании, в которой на какой-то период остается Я.

В книге «Анализ Я» мы пришли к следующему выводу:

Психиатрия, обходящаяся без применения экспериментального анализа Я, стоит на той же самой примитивной ступени, что и соматическая медицина до применения в ней радиологии. Эта психиатрия — если она не проводит психоаналитическое лечение подобно Розен, Бенедетти, мадемуазель Сечехэй и другим, — «на ощупь» пробирается в лабиринтах больной души, процессы которой сегодня можно экспериментально столь же точно выявлять, как это делает рентгенология с легкими, сердцем, черепом или почками, насквозь просвечивая их.

При диагностике неврозов у нашего теста существует задача еще до всякого лечения установить:

- 1) какие расстройства влечений и сферы Я стоят за неврозом;

* Stumper, E.: Triebstruktur und Geisteskrankheiten. Abhandlungen z. exp. Triebforschung und Schicksalspsychologie. Nr. 2. Huber, Bern und Stuttgart, 1956.

- 2) есть ли смысл идти на риск проведения глубоко-психологического лечения, то есть не позволим ли мы устранением невротических симптомов (например, в определенной форме невроза навязчивости) проникнуть на передний план скрытой до того шизофрении;
- 3) выявлять во время лечения причины забывания сновидений, провалы в ассоциациях, сопротивления. У нас накопился достаточно большой опыт, чтобы говорить о том, что даже единичная конфронтация невротического пациента, находящегося на психоаналитическом лечении, с результатами Сонди-теста часто проявляется уже на следующем сеансе потоком сновидений и ассоциаций. Но мы предупреждаем от того, чтобы без достаточных оснований тестировать пациента во время психоаналитического сеанса.

Также наш тест позволяет хорошо дифференцировать психопатию и невроз*.

VI. Применение теста в области психосоматики

Здесь необходимо упомянуть две формы применения:

Исследование психического фундамента и структур судьбы при определенных соматических заболеваниях. Эти возможности применения будут показаны посредством краткого рассмотрения четырех работ:

1. «Анализ структуры влечений у страдающих заболеванием легких»** доктора медицины Петруды из Граца (Австрия). В этой работе была экспериментально доказана психическая структурная родственность между туберкулезом и паранойдальной шизофренией, а также показаны имеющиеся между ними различия. Эти результаты полностью совпадают с идеями генетических исследований и результатами психодиагностических экспериментов, проведенных доктором медицины Хансом Килланом (Мюнхен).

2. «Инстинктивная и генетическая структура личности больных глаукомой»*** офтальмолога, доктора медицины Ульрики Штудер-Зальцманн (Цюрих). Автор провела исследования с 50 больными первичной глаукомой, поставив задачу ответить на два вопроса: 1) можно ли с помощью нашего теста выявить у больных глаукомой специфическую общую структуру в жизни влечений и сферы Я и 2) относятся ли больные глаукомой к определенному наследственному кругу.

На основе образцово проведенного анализа влечений и сферы Я этих больных автору с помощью теста удалось установить, что «больные глаукомой являются людьми, разочарованными своей неудовлетворенной потребностью в нежности и страдающими от конфликтных отношений в своей семье и с окружающими людьми.

* Triebpathologie, Bd. I, Triebanalyse, S. 355ff.

** Petz, Gertrud.: Triebstrukturanalyse bei Lungenkranken. Szondiana I. 1953. S. 134–155.

*** Salzmann (-Studer), Ulrike: Schicksalspsychologie und Glaukom (grüner Star). Szondiana II. Huber, Bern und Stuttgart, 1955. S. 129ff.

Такие больные, по-видимому, стараются себе помочь, отказываясь, отрекаясь от жизни, рассматривая ее как нечто не стоящую, бесполезную, видя в ней только объект разочарований. Тем не менее эти люди чувствуют в этом и свою вину, а потому и наказывают свое тело болезнью, которая неожиданно или постепенно лишает их взгляда на окружающий мир».

На основе генеалогических исследований, проведенных с 1932 года с кровными родственниками и 1534 «родственниками по симпатии» у больных глаукомой, Штудер-Зальцманн удалось — что подтверждается и методом статистической вероятности — доказать, что больные глаукомой принадлежат к *эпилептиформному, пароксизмальному наследственному кругу*.

3. «Специфика структуры влечений у детей, страдающих косоглазием». Другой офтальмолог, Дж. В. Х. М. ван Альфен, пытался с помощью теста ответить на вопрос, не имеет ли *косоглазие* (страбизм) детей — наряду с соматическими причинами — и какую-либо психическую основу. Результаты этого исследования были следующими: 1) такие дети, по-видимому, имеют гораздо большую связь с матерью, чем их сверстники; эти дети живут в страхе потерять мать, и поэтому они судорожно цепляются за нее. Это *невроз признания и принятия*; 2) в качестве последствия чувства неприятия матерью у детей, страдающих косоглазием, повышается *готовность к проекции* (—!), они переживают чувство неполноценности, становятся недоверчивыми и легко переходят к обвинению мира; 3) они склонны к *пароксизмальным* взрывам ярости. Автор считает, что генетическая и глубинно-психологическая связь между косоглазием и пароксизмально-параноидной структурой влечений очень вероятна.

4. «Психосоматика невротической ипохондрии» доктора медицины Дитриха Блюмера (Цюрих). При помощи теста и последующей краткосрочной психотерапии на основе полученных результатов автор опять обратился к старой проблеме ипохондрии. Он полностью подтверждает высказанную нами еще в первом издании (1947 г.) этой книги идею о том, что за ипохондрией скрывается тяжелая *тревога из-за вины и страх наказаний* (+ *e* или 0 *e*, — *hy*, — *k*, + *p* или 0 *p*). Они и вызывают представление о том, что можно преждевременно умереть от наказания, получаемого от «вышей инстанции». За этой тревогой из-за вины стоит любовь-ненависть к одному из суровых и жестоких родителей, чаще всего к матери. Ставший сверхмощным нарцисстично любимый орган тела вступает на место любви-ненависти к матери. В качестве еще одного из последствий интроекции ненавидимого родителя возникает депрессия (Фрейд).

При любых психосоматических заболеваниях психические факторы являются только *стимулами* для наследственно обусловленных реакций. Наш тест для *общей практики врача* имеет задачу установить, не использует ли пациент в настоящий момент, в том числе и по психическим причинам, *loci minoris resistentiae* в своем теле для того, чтобы сбегать из неприятной и жуткой жизненной ситуации в уют и безответственность, предоставляемые болезнью. То же самое относится и к людям, predisposed к несчастным случаям. Мы надеемся, что с прогрессом психосоматического мышления наш тестовый аппарат будет все чаще использоваться в медицине как инструмент внутренней диагностики.

* Blumer, D.: Beitrag zur Psychologie der neurotischen Hypochondrie. Benno Schwabe, Basel, 1957.

VII. Применение теста для контроля шоковой терапии и фармако-психодинамических воздействий

1. Тестологическая проверка воздействий электрошоковой, инсулиновой и кардиологической шоковой терапии

В первом издании эта тема уже рассматривалась.

В случае 3 мы представили 49-летнего художника. Пациент пришел в частную клинику из-за неспособности работать, состояний страха и депрессии. Первый профиль (рисунок 16) обнаруживает инстинктивную опасность в мазохизме ($-11s$). Второй профиль (рисунок 17) был получен после электрошока. Этот профиль ясно показывает, что электрошоковая терапия устранила мазохизм ($0s$). Пациент опять стал активным и начал работать.

Случай 66 демонстрирует любопытные метаморфозы в жизни влечений и сферы Я у женщины, страдающей *шизофренией*.

Речь идет о 24-летней учительнице языка, которая вскоре после замужества тяжело заболела шизофренией в кататонной форме: полный негативизм, примерно полтора года как прекратила отвечать на вопросы, ежедневно и по несколько раз застывает на 15–20 минут в неподвижном кататонном положении в углу комнаты, галлюцинирует, тихо произносит монологи, состоящие из непонятных для окружающих предложений и т. д.

Психодиагностические эксперименты проводились таким образом, что мы получили профили влечений незадолго до каждого воздействия электрошоком и 25–30 минут спустя пробуждения, то есть после эпилептического приступа. Таким способом мы повторили глубинно-психологические эксперименты на пять шоковых воздействий. Результаты графически изображены на рис. 32.

Из этих экспериментов мы делаем следующий вывод: в области сексуального вектора через 25–35 минут после электрошока происходит *обращение в противоположность*. Больная женщина, находясь в шизофренической фазе перед электрошоковым воздействием, выдала *вульгарную* сексуальную картину с патологически повышенным садизмом: $S + I + III$ (см. профиль I на рис. 32). А 25 минут спустя после судорожного приступа та же самая больная выдает уже *гуманизированную* сексуальную картину, которая соответствует уровню культурного развития пациентки. На месте патологической позитивной реакции $+ III s$ (пациентка выбирает все шесть карточек убийц, причем в качестве симпатичных) спустя 25 минут после судорожного приступа появляется реакция $- I s$. Да и реакция h несколько смещается в культурное направление, но в меньшей степени, чем реакция s .

В области влечения к контактам, то есть в отношениях с миром, тоже обнаруживаются важные изменения. До отдельных шоковых воздействий у пациентки четыре раза встречалась *ирреальная* картина контактов $C -$, то есть пациентка продолжает быть привязанной к объекту; возможно, даже к такому, который она уже потеряла, от которого она уже полностью отделена. В течение 25–35 минут после судорожного приступа она трижды (профили II, IV, VIII) выдает картину контактов с поиском нового объекта ($+ d, \pm d$).

Но наиболее поразительные изменения личности больной женщины обнаруживаются в области *вектора Я*. До приступов пациентка выдает эго-картину подавленного, кататонноформного Я $- Sch - 0$. Эта реакция ясно показывает, что пациентка, находящаяся в кататонной фазе, пытается посредством вытеснения эвакуировать

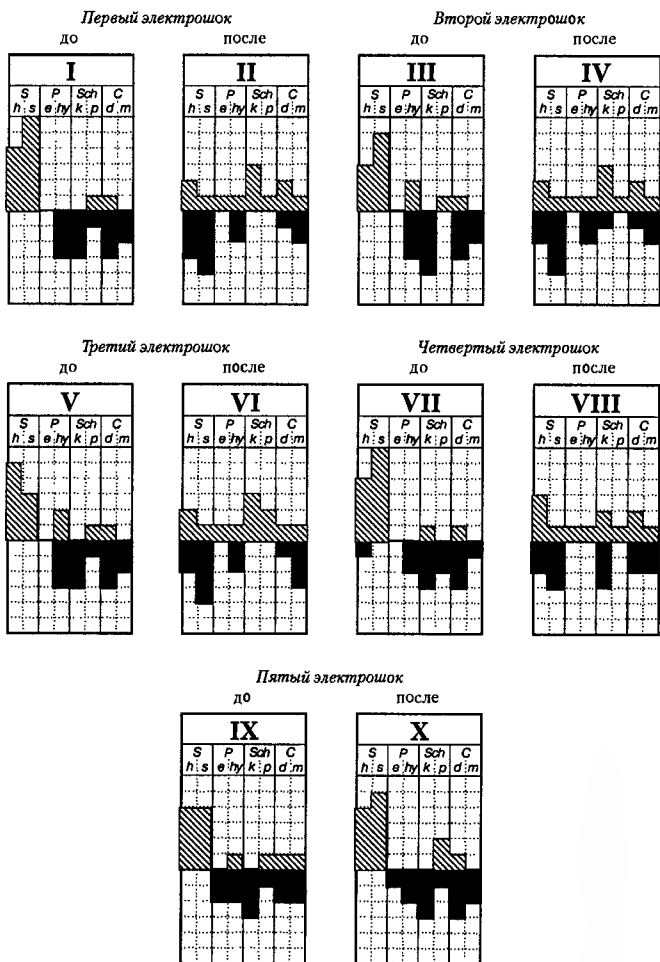


Рис. 32. Профилн побуждений до и после электрошокоотерапии

из своего сознания параноидные потребности. А после судорожного приступа пациентка показывает эго-картину Sch + 0, то есть эго-картину интроекции. Такая совершенно однозначная метаморфоза личности пациентки появляется после четырех электрошоковых воздействий. Пятое воздействие оказалось неэффективным (см. рис. 32, профили IX, X).

Это исследование влечений дает экспериментальные доказательства верности гипотезы о том, что при шизофрении, еще не перешедшей в хроническую стадию, здоровое Я остается совершенно сохранным; оно только пребывает на заднем плане, чтобы при случае опять выступить на сцену жизни, с которой оно было изгнано другим Я, «шизофреническим». Но если это шизофреническое Я играет на сцене свою роль, то здоровое Я отнюдь не погибает, не распадается, а остается совершенно невредимым и неизменным на заднем плане, ожидая момента, чтобы появиться вновь. Эту гипотезу нам удалось доказать еще одной серией исследований влечений. После судорожного приступа — вызванного электричеством или введением инсулина — на какой-то период всегда появлялось то Я, которое соответствует культурному уровню и профессии пациента. Упомянутая пациентка — как мы видели — возвращает свое профессиональное Я. Другая испытуемая, которая до шизофренического приступа была монахиней, вновь проявила свое одержимое, пророческое Я монашки (Sch 0 +).

Следовательно, экспериментальные исследования влечений позволяют сделать следующие выводы:

В начале заболевания шизофрения, по-видимому, никакого органического расстройства не вызывает, есть только *функциональное* расстройство Я. Это вовсе не исключает того, что спустя многие годы, возможно, химическим путем или под воздействием еще не известного нам механизма, в тканях мозга появляются *органические* дефекты — подобно тому, как это бывает при эпилепсии. Но в начале болезни старое Я, прежняя личность находятся еще в совершенно сохраним виде, их можно даже на *какое-то время* опять вернуть «на сцену» путем шоковой терапии.

Но все равно нам чего-то не хватает: соответствующего метода, с помощью которого мы могли бы принудить прежнее Я постоянно оставаться на сцене жизни и никогда не уступать своего места больному Я шизофренической личности, заставляя последнее десятилетиями пребывать только в бессознательном. Терапевтические успехи Розен, Бенедетти, мадемуазель Сечехэй и других являются многообещающими. В этой области исследований мы предсказываем экспериментальным исследованиям влечений важную роль в будущем.

2. Проявление в тесте фармако-психодинамических воздействий

Впервые исследования в этой перспективной области были проведены автором в 1947 году. На вопрос, на какую именно область влечений и сферы Я оказывает психическое воздействие определенное снотворное, успокаивающее или тонизирующее средство, можно легко ответить, применив наш тест.

Случай 67. Воздействие лечения сном.

Один *параноидный математик* проходил лечение сном посредством инъекций сомнифена. Мы получили от пациента профили влечений до и после курса лечения

Лечение снотворным (инъекции сомнифена)

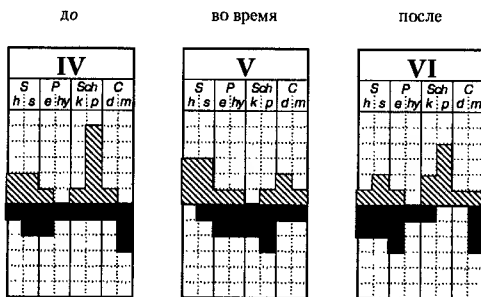


Рис. 33. Воздействие курса лечения сном

сном. Естественно, профили во время курса лечения сном были получены в те часы, в которые больной на какой-то период временно просыпался. Рис. 33а, профиль IV, показывает инстинктивную ситуацию *до* начала лечения. В профиле влечений ясно видна *параноидная, эгодиастилическая, эго-расширяющая инстинктивная опасность*: + !! р. Профиль V на рисунке 33 показывает воздействие курса лечения сном — *исчезла эгодиастилическая инстинктивная опасность*. На месте патологически сильной позитивной реакции п-фактора мы теперь видим негативную р-реакцию, а именно в форме приспособления: Sch — —. Поэтому здесь больной математик уже находится в стадии муштры; им полностью утеряно прежнее патологически расширенное, одержимое, параноидное Я. Поэтому этот курс лечения хорошо защитил больного, доведя до исчезновения опасную потребность влечения, р-притязание.

Но ценность любого вида терапии зависит от длительности положительного эффекта лечения. Профиль VI (рис. 33), который был получен от больного примерно неделю спустя после завершения лечения сном, не позволяет нам предаваться оптимистическим иллюзиям по поводу лечения, пройденного этим математиком. Профиль ясно показывает, что после завершения курса лечения инстинктивная эгодиастилическая опасность (в форме тотальной опасности Я, Sch + + !) опять возвратилась. Поэтому курс лечения сном положительно воздействовал только до тех пор, пока пациенту делали инъекции сомнифена.

О схожих экспериментах с *ларгактилом* сообщают С. Кюльсар (Израиль, 1957 г.) и Г. Эльтц (из Цюриха, в докладе по экспериментальному исследованию влечений и психологии судьбы, прочитанном в Научном обществе, 1957 г.). О своих экспериментальных исследованиях с применением Сонди-теста, проведенных в фармацевтической промышленности, на Первом международном коллоквиуме по экспериментальной диагностике влечений и психологии судьбы, сообщил американец Дж. Л. Макинтайр (Нарберт, США, Пенсильвания)*.

* McIntire, J. L.: Possible relations of Szondi psychology to industrial and community problems.

У некоторых больных шизофренией и гебефренической шизофренией после проведенной *лоботомии* в тестовых профилях мы смогли обнаружить улучшения только в краевой области, и особенно в уменьшении садизма, а сфера Я оставалась в прежнем шизоформном состоянии.

VIII. Применение теста при профориентационном консультировании

Результаты тестологических исследований Ф. Мерен (Будапешт, 1939–1941 гг.), проведенных с несколькими тысячами работающих людей (различных профессий физического и умственного труда и обслуживающих профессий) невозможно опубликовать, так как весь материал был уничтожен во время бомбардировки Будапешта. Этот ущерб и сегодня невозможно ничем компенсировать.

Вполне приемлемую модель для применения Сонди-теста в профориентационном консультировании нашел в 1953 году Дрейер (Нюрнберг), опубликовавший работу *«Структура влечений и профпригодность. Глубинно-диагностические исследования в горном деле»*.

Этот автор задается вопросом — имеются ли группы людей с такими специфическими структурами влечений, которые позволяют им предпочитать *работы в забое*? На основе серийных экспериментов, проведенных с 36 очень хорошими, 51 среднего класса и 13 плохими горняками, Дрейер установил, что самые лучшие горняки принадлежат к классу Phу-, то есть их нужно причислить к пароксизмальным эпилептиформным характерам. *«Желание спрятаться, по-видимому, является одним из бессознательных инстинктивных побуждений самых лучших горняков»*. Кроме того, на профессиональных способностях горняков сказывается и стабильность в жизни влечений. Дрейер говорит о том, что Phу-класс и после работы сохраняет почти ту же самую частоту. Стремление «прятаться», по-видимому, является у лучших горняков столь большим, что даже многочасовые работы в забое не могут до конца исчерпать эту латентную потребность. Отсюда Дрейер делает вывод, что чем лабильнее и зависимее от окружения инстинктивная жизнь какой-либо персоны, тем хуже будут ее рабочие достижения. Этот автор также впервые с помощью Сонди-теста выявил факторы усталости, помогающие определять степень усталости (точнее, психическую сторону усталости).

Также Дрейер считает, что для различных профессий можно выявить ясные, четко определенные классы влечений, то есть коидукторные факторы, чем-то напоминающие наши гипотезы, полученные генеалогическим путем в книге *«Анализ судьбы»*. Дрейер надеется, что на основе одновременного исследования влечений у начальников и рабочих можно будет разработать особые средства для выявления совместимости и возможности создания гармоничных отношений в постоянно работающих группах, а для способного к налаживанию контактов начальника — ценные указания по правильному формированию *human relations* (человеческих отношений). Эта программа будет одной из важнейших задач Международного исследовательского общества Сонди.

* Dreyer, H. M.; Szondiana I. Huber, Bern und Stuttgart, 1953, S. 156ff.

IX. Роль теста в консультациях по проблемам семьи и брака

Категория брака в нашей культуре с позиции психологин судьбы — наряду с браками по расчету — основывается еще и на правиле экстр-семейной родственности по симпатии, то есть на правиле генотропизма^{*}. Эти правила женитьбы и замужества отличаются от таковых у первобытных народов тем, что у так называемых примитивных людей инцест-табу распространяется *только на клановое родство с матерью*, так как в матриархальном древнем государстве дети обоего пола принадлежат клану матери. По мнению примитивных народов, отец никакого участия в оплодотворении не принимает, потому и разрешались так называемые браки с кузенами и кузинами (cross-cousins-marriage) из «чужого» клана отца (Малиновский)^{**}.

Теперь мы знаем, что с помощью Сонди-теста можно экспериментально установить ведущую природу кандидата на брак. Таким образом, наш тест превращается в инструмент для определения степени генетического родства между людьми, желающими вступить в брак.

Автор и его сотрудники У. Мозер^{***}, А. Бэлл, Фридеманн многие годы собирают экспериментальный материал, полученный при тестировании счастливых, несчастных и разведенных супругов. До публикации окончательных результатов дело пока не дошло, так как счастье и несчастье в браке является сложным феноменом, обусловленным влиянием нескольких факторов, каждый из которых еще не удалось достаточно хорошо проанализировать. По взглядам З. Фрейда, имеются две главные категории при выборе партнера: 1) *нарциссичная* форма, при которой партнер выбирает себя со своей собственной конституцией характера; 2) *анаплический* выбор партнера, при котором партнер отбирается по образу и подобию одного из родителей, выступающего в качестве ндола. Эта последняя форма брака может пониматься как *дополнительное, комплементарное* партнерство.

На основе правила генотропизма партнер будет нарциссично выбираться и тогда, когда он выбирается *в силу бессознательной идентичности со скрытой генетической натурой*. В этом смысле партнеры выбираются или *манифестно-нарциссично*, то есть на основе своих собственных манифестных и бессознательных качеств, или *латентно-нарциссично*, то есть выбор партнера в последнем случае осуществляется на основе *бессознательной* схожести латентного наследственного материала. Генотропичный анализ^{****} может только выявить схожесть или несхожесть семей относительно наследственных заболеваний. Но он не может с абсолютной определенностью утверждать, что любящие друг друга люди в действительности будут генетически родственными, то есть тождественными носителями одних и те же наследственных предпосылок. Сонди-тест, наоборот, способен на это, как мы уже утверждали

* Szondi, L.: a) Analysis of Marriages. Acta Psychologica, III. Nr. 1. The Hague, Martinus Nijhoff, 1937; b) Schicksalsanalyse. Benno Schwabe, Basel. I. Aufl., 1944, II. Aufl., 1948, III. Aufl., 1965, S. 137-260; c) Ich-Analyse. Huber, Bern und Stuttgart, 1956. S. 238ff.

** Malinowski, B.: a) Das Geschlechtsleben der Wilden. Grethlein et Co., Leipzig; b) Ich-Analyse. S. 236-246.

*** Moser, U.: Psychologie der Partnerwahl. Huber, Bern und Stuttgart, 1957.

**** Schicksalsanalyse. III. Aufl. S. 82-119.

в предшествующей главе. Мы говорили, что прежде всего *корневые факторы определяют особую натуру конкретной персоны*.

При брачном консультировании прогноз необходимо делать по двум направлениям: 1) *Смогут ли партнеры с учетом их характера жить вместе продолжительное время?* 2) *Будут ли защищены их дети от наследственных заболеваний, если родители представляют из себя гомологичных персон?* Если на второй вопрос с помощью генетическо-статистического метода подсчета вероятности в определенных обстоятельствах можно дать ответ, то на первый вопрос сегодня еще нельзя ответить с уверенностью, так как у нас пока отсутствует опыт сотен хорошо проанализированных браков. Но и имеющиеся сейчас результаты являются многообещающими. Мы попытаемся доказать это одним примером*.

Случай 68. Пример анализа брака с помощью Сонди-теста.

Речь идет о супружеской паре из Венгрии, оба супруга являются психиатрами; после 15-летней совместной жизни из-за неверности мужа и семейного разлада брак был официально аннулирован.

Здесь мы приводим таблицу напряженности тенденций обоих супругов, а именно VGP и ThKP, далее пропорции латентности, формулы влечений и мажор-минорный индекс.

Психодиагностический эксперимент был проведен за четыре года до развода. Мы ограничимся только объяснением тех результатов теста, которые могут предоставить сведения для глубинно-психологического понимания причин развода.

I. Анализ психосексуальных пропорций с помощью мажор-минорного метода

1. *Тотальные пропорции:* 38-летний мужчина показывает 34% мажор- и 66% (!) минор-реакций, а его 34-летняя жена 56% (!) мажор- и 44% минор-реакций. Поэтому муж является сексуально *инвертированным* (1 мажор : 1,9 минор), а жена — интерсексуальна, с избытком мужественности. Таким образом, брак был заключен между чрезвычайно женственным, инвертированным, а возможно, и латентно гомосексуальным мужчиной и би- или интерсексуальной женщиной. Оба были сексуально *неспособны к браку*.

2. Векторные мажор-минорные пропорции:

	<i>S</i> мажор:минор	<i>P</i> мажор:минор	<i>Sch</i> мажор:минор	<i>C</i> мажор:минор
<i>Муж</i>	2:11	3:8	3:9	8:3
<i>Жена</i>	7:4	7:3	4:6	5:5
			интерсексуальность	

* Sugg-Bellini, B.: Ehepathologie und Eheberatung im Lichte der «Schicksalspsychologie». Szondiana VIII. Huber, Bern, S. 96ff.

Таблица 21. Пример семейно-брачного анализа (Случай 68)

A. 38-летний муж

Профиль	переднеплановый профиль				Профиль	теоретический заднеплановый профиль			
	S	P	Sch	C		S	P	Sch	C
I	± -	± +	0 0	0 0	I	0 +	0 -	± ±	± ±
II	+ -	+ +	0 0	-! 0	II	- +	- -	± ±	+! ±
III	±! -	+ +	0 0	± 0	III	0 +	- -	± ±	0 ±
IV	± -	+! +	- 0	- 0	IV	0 +	-! -	+ ±	+ ±
V	± ±	+ ±	- 0	- 0	V	0 0	- 0	+ ±	+ ±
VI	+! -	+ +	0 0	- -	VI	-! +	- -	± ±	+ +
VII	+! -	0 ±	0 -	± ±	VII	-! +	± 0	± +	0 0
VIII	+ -	- +	- 0	+ -	VIII	- +	+ -	+ ±	- +
IX	+ 0	0 +	-! +	+ -	IX	- ±	± -	+! -	- +
X	+ +	+ -	- +	± -	X	- -	- +	+ -	0 +

B. 34-летняя жена

Профиль	переднеплановый профиль				Профиль	теоретический заднеплановый профиль			
	S	P	Sch	C		S	P	Sch	C
I	± +	- ±	- +	- -	I	0 -	+ 0	+ -	+ +
II	+ +	± ±	- 0	- 0	II	- -	0 0	+ ±	+ ±
III	± +	0 0	- +	+ ±	III	0 -	± ±	+ -	- 0
IV	- 0	+ 0	± +	+ -	IV	+ ±	- ±	0 -	- +
V	+ +	- 0	- +	0 ±	V	- -	+ ±	+ -	± 0
VI	+ -	± +	0 +	0 ±	VI	- +	0 -	± -	± 0
VII	+ 0	- ±	- 0	- +	VII	- ±	+ 0	+ ±	+ -
VIII	+ ±	0 0	- +	- -	VIII	- 0	± ±	+ -	+ +
IX	0 0	- ±	± +	± +	IX	± ±	+ 0	0 -	0 -
X	+ -	- +	- +	- ±	X	- +	+ -	+ -	+ 0

Пропорции латентности у мужа:

$$\frac{Schk^{-II}}{2} : \frac{Cd^{-}}{2} : \frac{Ss^{-}}{2} : \frac{P}{0}$$

Формула побуждений мужа:

$$\frac{p_7^0 m_6^{0+} k_3^0}{h_4^{++} d_4^{+-}} \quad 34\% \text{ мажор}$$

$$\frac{e_3^{+-} hy_2^+ s_2^-}{h_4^{++} d_4^{+-}} \quad 66\% \text{ минор}$$

Пропорции латентности у жены:

$$\frac{Pe^{-}}{4} : \frac{Cd^{-}}{2} : \frac{Sh^{+I}}{1} : \frac{Schp^{+}}{1}$$

Формула побуждений жены:

$$\frac{hy_8^{+0}}{m_5^{+0} e_4^{-+0} s_4^{0+}} \quad 56\% \text{ мажор}$$

$$\frac{d_3^{-} k_3^{-} h_3^{+} p_3^{+}}{d_3^{-} k_3^{-} h_3^{+} p_3^{+}} \quad 44\% \text{ минор}$$

Муж крайне женственен в сексуальной и аффективной жизни, а также в жизни сферы Я; но в контактах он проявляет себя как мужчина, т. е. он ищет контактов с женщинами. Жена ведет себя как мужчина в сексе и в аффективной жизни, и напротив, в сфере Я и в контактах она *интерсексуальна*, то есть она ищет отношений как с мужчинами, так и с женщинами. Супруги могли хорошо дополнять друг друга в сексуальной и эмоциональной жизни, но с инвертированными половыми ролями. В сфере Я и в контактах между ними должна «зиять трещина», так как здесь взаимное дополнение структурно невозможно. Интерсексуальное Я и бисексуальные отношения в контактах у жены должны были серьезно мешать женственному мужу. А это означает, что муж пытался отыскать такое женское существо, которым бы он и сам хотел быть. Выражаясь практически, этот мужчина может быть счастливым только с той женщиной, которая ведет себя в обществе как идеальная женщина, так как только с такой женщиной он может проявить свою мужественность. Его жена в действительности имела внешне явную интерсексуальную конституцию: маленькая, склонная к отложению жира, с сильным оволосением на лице и на конечностях; имевшая довольно близкие отношения с подругами. То есть в качестве женщины жена была противоположностью того, что обычно ожидают от красивой женщины в контактах с людьми. Но муж ее как раз и нуждался в такой красивой, репрезентативной женщине, чтобы замаскировать от окружающих людей свои инверсивные склонности. Поэтому этот брак был обречен.

II. Анализ формул влечений

Генетическая и симптоматическая природа супругов была настолько разной, что уже одного этого различия было бы достаточно, чтобы сделать совместную жизнь несчастной.

Формулы влечений:

	мужа	жены
Симптоматические факторы	$\boxed{p^0_1}; m^0_6 \pm k^0_5$	$\boxed{hy^{\pm 0}_8}$
Сублатентные факторы	$\frac{h^{\pm +}_4; d^{\pm -}_4}{-}$	$\frac{m^{\pm 0}_5; e^{\pm 0}_4; s^0_{\pm 4}}{-}$
Корневые, кондукторные факторы	$e^{\pm -}_3; \boxed{hy^{\pm +}_2}; s^-_2$	$d^-_3; k^-_3; h^{\pm +}_3; \boxed{p^{\pm +}_2}$

Судьба унаследованных противоположностей супругов за четыре года до развода характеризовалась следующими особенностями:

1. Ведущим симптоматическим фактором *мужа* является фактор *p*, который он чаще всего разряжает (*Sch* I, II, III, VI: 0 0 четыре раза), возможно, это обусловлено Я перемен, характерным для инвертированных людей, причем он даже отказывается от *мужского* вытесняющего Я (*Sch* IV, V, VIII — 0), чтобы уступить место женственно-проективному Я (*Sch* VII 0 —). Когда муж становится одержим амбициенциями сексуальной или эго-расширяющей потребности (+ *p*), он отрицает их почти до саморазрушения (*Sch* IX — II +). Он ведет себя *негативистически* (— II *k*), особенно по отношению к женственно-инвертированным притязаниям (+ *p*).

У его супруги другая судьба эгодиастического фактора *p*: тенденция к расширению Я жена носит в себе неудовлетворенной в качестве корневого фактора; она — кондуктор *параноидной, расширяющей власть потребности*.

2. Это различие позволяет понять, что жена прожигает свое честолюбие и тщеславие, игнорируя интересы мужа (фактор *hy* является у нее симптоматическим); мужчина же, наоборот, свое честолюбие и тщеславие в качестве корневого фактора скрывает в себе в форме предрасположенности к истерии ($P + +$).

3. У мужа агрессия направлена на себя, в форме пассивности, мазохизма, вплоть до аутодеструкции. Фактор *s* у мужа является корневым ($s -$).

И, наоборот, у жены *агрессия* является сублатентной, проявляясь в форме активности и мужского поведения, то есть периодически она становится агрессивной. Соответственно судьбе влечений муж относится к классу депрессивных, мазохистичных саморазрушителей (*Schk-ll, Cd-, Ss-*), а жена — к пароксизмально-эпилептиформному *Re--* классу влечений, в котором почти всегда встречаешь людей, стремящихся к власти и расширяющих свое Я.

На вопрос, почему эти люди должны были развестись, на основе результатов теста можно ответить следующее:

- потому что оба были неспособны к браку из-за особенностей сексуальной, аффективной и эгоидной конституции. Супруг был по-женски инвертирован, а супруга — интерсексуальна;
- потому что они инвертировали судьбы влечений относительно тенденций расширения, тщеславия и агрессии. В этом браке жена стремилась к власти, влиянию и авторитету, она была активным партнером в браке. А супруг, наоборот, проживал свои инфлятивные амбигуэнтности сменой Я (*Sch 00*), он должен был подавлять свои желания власти и имел по отношению к браку и жизни негативностическую установку;
- потому что вначале брака инвертированный мужчина, по-видимому, нуждался в этой женщине, чтобы доказать самому себе, что как «мужчина» он способен к браку. Для этой цели выбранная им женщина послужила в качестве лучшего объекта, так как она была женщиной-мужчиной, то есть была носителем интерсексуальной структуры. Но брак этот оказался лишь «транзитным». После того, как супруг убедился в своей мужской силе, он стал искать идеальную женщину, которой бессознательно он хотел быть сам. Он нашел такую женщину и покинул «транзитную» супругу.



Посредством анализа судьбы этого брака мы попытались представить простую схему тестологического анализа брака. Но не ко всем партнерским союзам можно будет применить эту схему. В определенных брачных консультациях мы будем вынуждены большую роль отводить прежде всего анализу «слепоходов» партнеров. Занимаясь брачными консультациями, необходимо всегда задаваться вопросом, смогут ли кандидаты на брак выносить «слепоход» партнера, когда эта «теневая» сторона начнет эпизодически появляться на переднем плане личности. В соответствии с нашим опытом, существует определенная категория браков, совместная жизнь в которых становится невозможной именно из-за неожиданного появления на переднем сцене «слепохода». Поэтому при брачном консультировании постоянно необходимо выяснять, смогут ли кандидаты на брак переносить «слепоход» друг друга, конфрон-

тируя с тенью партнера. На наш взгляд, судьба брака формируется благоприятно только тогда, когда партнеры могут выносить не только «проводника», но и «следохода» своего спутника жизни. Поскольку это довольно сложно, многие люди сильно страдают от своего брака, поскольку они любят лишь «проводника» и ненавидят «следоход» партнера. Они забывают, что ненавистный «следоход» на самом деле является неразрывной половиной персоны их супруга*.

Х. Применение теста в генетике

1. Экспериментальные исследования семьи, кондукторов и судьбы

В главе 27 в рамках объяснения генетических условий функционирования нашего теста мы уже приводили доказательства того, что Сонди-тест может применяться и для экспериментального исследования семьи, особенно для диагностики специфической кондукторной натуры человека. Здесь нам предстоит показать, насколько хорошо можно с помощью пропорций латентности и формулы влечений выявлять судьбу выборов какого-либо человека и его семьи, то есть выборов в любви, дружбе, профессии, болезни и виде смерти.

Случай 69. Анализ судьбы одного из священников.

40-летний католический священник показал следующие результаты при исследовании влечений:

Пропорции латентности: Формула влечений:

На основе результатов экспериментальной диагностики влечений мы можем сказать следующее:

$$\frac{Pe+}{4} : \frac{Ss}{3} : \frac{Schk}{2} : \frac{C}{0} \qquad \frac{hy}{h, k, d, m} \\ e, p, s$$

1. Этот священник — как и большинство людей, призванных к исполнению высокой миссии, — принадлежит к эпилептиформно-пароксизмальной наследственной группе (класс Pe+). В формуле его влечений мы обнаруживаем в качестве *корневых факторов* e, p и s. Поэтому: среди его родственников, друзей, в профессиональной деятельности, в семейных наследственных заболеваниях, а возможно, и в «выборе вида смерти» мы должны обнаружить такие приметы судьбы, которые имеют своими источниками эпилептиформно-пароксизмальные (e), эгорасширяющие, эгодиастилические (p) и, наконец, садистическо-агрессивные (s) потребности.

При более подробном исследовании семьи выявилось следующее:

* Bettschart W. и A. Friedemann нашли «скрещивание» корневых факторов у различных партнеров в хороших группах. (Доклад, прочитанный на первом Международном Коллоквиуме по Психологии судьбы, Цюрих, 1958 г.)

А. Особенности судьбы эпилептиформного, е-круга

а) выбор болезней (морботропизм):

- 1) страдал от мигрени отец, бабушка и дедушка с материнской стороны;
- 2) *астма*: бабушка с материнской стороны;
- 3) *энурез*: брат испытуемого;
- 4) *левиш*: сам испытуемый.

б) выбор профессии (оперотропизм):

Священник: сам испытуемый.

с) выбор в дружбе (идеалотропизм):

- 1) *эпилепсией* страдал отец одного из друзей, он даже был интернирован из-за Psychosis epileptica;
- 2) *абсансы* были у другого друга испытуемого;
- 3) *заиканием* страдал еще один друг испытуемого;
- 4) четвертый друг был болен *астмой*.

д) выбор смерти (танатотропизм):

Во времена нацистского режима в Венгрии И. полностью идентифицировался с матерью, со своим еврейским происхождением, да и вообще с евреями. Он прятал мать у себя, а когда убежище было обнаружено, то он вместе с ней пошел на мученическую смерть. Оба они были расстреляны. Принадлежность этого священника к классу Re+, то есть к «классу справедливых и кротких», определила и его способ смерти в мучениях.

В. Приметы судьбы р-круга

1. У одной из прабабушек стоял диагноз *Dementia paranoides*.
2. У нашего испытуемого р-потребность проявлялась в социализированной форме, в увлеченности философией и предсказаниями. Он написал серьезные философские труды и был провозвестником неокатолицизма в Венгрии.

С. Приметы судьбы s-круга

1. *Мясником* был прадедушка с материнской стороны.
2. Один из дядей с материнской стороны работает *хирургом*.

Таким образом, корневые факторы показывают нам именно те направления, в которых нужно искать семейно обусловленные выборы болезней, друзей и профессий.

2. Применение теста при исследовании близнецов

Этот способ применения оказался нашей первой работой с тестом. В статье о нашем тесте, написанной на венгерском языке и называвшейся «Влечение и воспитание»*, мы попытались ответить на вопрос об отношениях между окружением

* На немецком языке статья опубликована в журнале: Schw. Ztsch. für Psychologie und ihre Anwendungen, 1946. Bd. 5.

и наследственностью, выбрав для этого специфическую тему: воспитуемость влечений и сферы Я. На основе психодиагностических исследований 36 монозиготных, 36 однополых дизиготных и 25 разнополых дизиготных пар близнецов (всего 97 пар) мы пришли к следующим гипотезам:

- а) элементарные функции Я, функции k и p , являются психическими функциями, больше зависящими от наследственности, чем от окружения (среды). Наиболее стабильной по отношению к окружению функцией является отношение сферы Я к влечениям, то есть фактор k . Но так как и здесь нельзя полностью исключить факторы, воздействующие со стороны окружения, то не исключена и возможность влияния воспитания;
- б) несколько более успешно можно сформировать социальные барьеры против «канновской» настроенности на убийство (фактор e); затем по степеням «воспитуемости» следуют барьеры против агрессии (s) и анальных притязаний (d);
- в) в факторах hu и t , то есть в стремлениях к значимости и к привязанности, окружение и наследственные факторы находятся в равновесии.

Эти первоначальные результаты, полученные при исследованиях близнецов, позднее были подтверждены другими авторами, например, работами Ирзны Рюгг-Мартон, проведенными на тройняшках. Этой исследовательнице с помощью Сонди-теста удалось очень точно определить монозиготность двух тройняшек и «чужеродность» третьего. Здесь полностью совпали клинические и экспериментально-тестологические результаты*. Энтони Р. Краус (старший психолог-клиницист, государственная больница Нью-Хэмпшира, консультант в Детской Клинике Психического Здоровья в Нью-Хэмпшире) обнаружил, что монозиготная пара близнецов в возрасте 10 лет из 48 карточек одинаково выбрала 44 (!), да и все дискордантные (несогласующиеся) выборы падают на ЕКР-профиль.

Таким образом, гено-биологическая и наследственно-психологическая природа нашего теста подтверждается результатами близнецовых исследований. Именно этим тест Сонди отличается от всех других психологических тестов. Например, по мнению Э.Р. Крауса, те же самые монозиготные близнецы совершенно по-разному отвечают в тесте Роршаха**.

ХІ. Применение теста в этнологии и этнопсихологии

Первое издание этой книги (1947 г.) мы закончили следующим предложением: «Если бы кому-нибудь случайно удалось совершить в научных целях путешествие, чтобы разобраться при помощи экспериментальной диагностики влечений в инстинктивной жизни так называемых «диких» и «примитивных» народов, то вполне возможно, что нам пришлось бы изменить некоторые наши знания и предположения в области этнологии. Действительно, при сравнительных исследованиях влечений «дикого» и «культурного» человека вполне могло обнаружиться, что так называемый

* Rugg-Marton, Irene: Triebstrukturanalyse bei Drillingen. Szondi-anf. I. S. 180–198.

** Kraus, A. R.: (New Hampshire, USA) Different Layers of Personality explored by the Szondi and Rorschach Tests. A study of a pair of identical twin brothers.

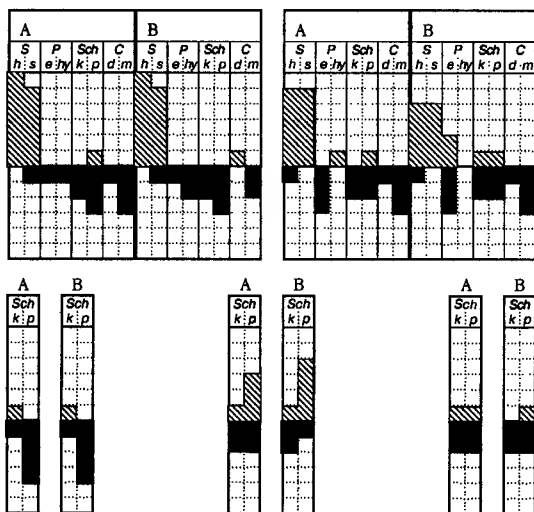


Рис. 35. Профили однояйцевых близнецов (А и В)

«дикий» человек в отношении жизни влечений несколько не примитивнее, чем так называемые культурные люди, хотя такое утверждение явно вызвало бы шок».

Доктору медицины Е. Перси, годами активно работавшему в *госпитале Альберта Швейцера* в Ламбарене в должности заведующего отделением, удалось провести со 136 здоровыми бушменами Французско-экваториальной Африки — сопровождавших своих больных членов семьи по дороге из первобытных лесов в госпиталь — серийные исследования с использованием теста Сонди, а именно с представителями негритянских племен фанг, галоа, акеты, массанго, н'акоми, эшира и других. Недавно Перси предоставил собранный материал Интернациональному архиву в Цюрихе.

Нам еще предстоит подробное изложение того, что выявляется в структуре влечений у этих «диких» племен. Здесь мы ограничимся только кратким изложением поразительных результатов, чтобы убедить читателя в применимости Сонди-теста в этнопсихологии. Из общего количества 136 экспериментальных серий, проведенных с туземцами, мы выбрали только 95 десятисерийных экспериментов, один восьмисерийный и четыре шестисерийных, чтобы на основе этих 100 серий прийти к какой-либо ориентации в полученном материале. Из 100 случаев в 50 это были представители мужского пола, а в других 50 — представители женского пола. Возраст мужчии находился в пределах от 15 до 60 лет, а женщин — между 15 и 50 годами. Только трое мужчин и две женщины относились к возрастной категории 65–70 лет.

Использовавшийся нами материал охватывает в общем 928 отдельных экспериментов.

1. Распределение факторных напряженностей влечений

Таблица 22 показывает проранжированный ряд величин количественного напряжения в различных факторных пространствах.

Таблица 22.

Проранжированный ряд количественного напряжения в факторах у 100 бушменов из Французской экваториальной Африки

Место по рангу	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Факторы	+1h	-1p	-1m	-1s	+1d	+1hy	-1e	-1d	-1hy	+1s	-1k	+1k	+1e	+1p	+1m	-1h
Величины чрезмерного количества напряженности: !	1161	266	170	117	72	40	30	15	12	11	11	8	5	4	2	0

В соответствии с данными таблицы 22 мы можем говорить о том, что у бушменов *стремление к любви и нежности избыточно повышены. Мы еще нигде не находили столь высокой количественной напряженности в области любви и нежности.* (В 982 тестовых профилях исследования туземцы выдали 1161 восклицательных знаков +1 h.) Для понимания таблицы мы можем использовать два метода интерпретации. Во-первых, туземцы изначально носят в себе количественно чрезмерно повышенные потребности в любви и нежности, которые из-за своей величины практически никогда не могут быть полностью удовлетворены. Вторая гипотеза заключается в том, что особый способ семейной жизни и воспитания в матриархальной деревне-государстве, где границы интимной семьи вынуждены расширяться за счет «классифицирующего»^{*} родства, еще в раннем детстве закрывает естественные пути удовлетворения нежности. Окончательный ответ на этот вопрос мы получим только *после сравнительных исследований, проведенных с другими примитивными народами.* Два других вывода позволяют допустить, что здесь на первом месте стоит социальная структура семьи (материальное право и любовь к отцу), далее — табу инцеста на сексуальные отношения в клане, которое существенно ограничивает выборы в любви, приводя к огромной напряженности в любовной сфере у туземцев. Эти выводы мы обсуждаем в пунктах 2 и 3.

2. Количественная напряженность в области *проекции* стоит на *втором* месте в проранжированном ряде. В книге «Анализ Я» мы истолковываем это как *знак повышенной потребности в участии* у туземцев, а манифестируется эта

^{*} В книге «Анализ Я» Сонди пишет о необходимости различать у примитивных народов два вида родства: 1) «индивидуальное» родство по крови, то есть кровное родство между матерью и ребенком, братом и сестрой, но уже бабушка исключается из такого кровного родства; 2) так называемое «классифицирующее» родство, где учитываются отношения между индивидуумом и группой (кланом, подкланом и т. д.).

потребность в религиозном единении с тотемными предками, в солидарности с кланом и с классифицирующими родственниками. *Сфера Я* у туземцев чаще всего является *архаичной, первично-проективной, партициптивной*; у европейских народов подобие мы встречаем только в самом раннем детстве, а у взрослых — при параноидной шизофрении (Sch 0 -I, 0 -II, 0 -III). Таким Я, по-видимому, объясняется и их склонность к прелогическо-окультурному способу мышления. Фиксация туземцев на самой примитивной ступени партиципации и проекции — точно так же, как и избыточность любви и нежности — глубинно-психологически может объясняться еще и особым социальным окружением и воспитанием детей.

3. Эти гипотезы находят подтверждение прежде всего в том, что количественная напряженность в пространстве *отделенности от матери* (-I m) стоит на третьем месте в проранжированном ряде. Так называемую картину отделенности (C + -) мы необычайно часто встречаем у бушменов (188 : 442).

4. На *четвертом* месте в ряду количественной напряженности стоит *преданность, пассивность, обращение агрессии на свою собственную персону*, то есть реакция -I s, особенно характерна она для взрослых мужчин. Такие данные полностью переворачивают традиционное мнение о *переднеплановой сеирепности* примитивных народов. Ранее считалось, что у «дикарей» в потребности агрессии и садизма господствует наибольшая инстинктивная напряженность. Но полученные экспериментальные данные убеждают в обратном. *В то время как величина напряженности в пространстве агрессии равна только 111, величина преданности, пассивности и обращения агрессии против собственной персоны достигает 117!* Таким образом, мы должны признать, что такая пассивная способность к преданности только во времена войны *превращается в агрессию с величиной, равной прежде преданности и пассивности*, и именно в результате того, что на переднюю сцену выходит агрессивный «слепоход» (+III s). О справедливости нашей гипотезы свидетельствует известное корреляционное соотношение, которое в *общем-то* в соответствии с идеями эго- и глубинной психологии существует между стремлением к нежности (+I h) и потребностью в партиципации (-I p) и покорности (-I s), и особенно там, где ребенка рано отделяют от семьи (-I m). Одиа только тесная взаимосвязь, которая существует между четырьмя (+I h, -I p, -I m и -I s) ведущими потребностями бушменов в факториом ряду напряженностей, уже достаточно убедительно противоречит гипотезе о том, что выборы туземцев не соответствуют условиям выбора карточек. Мы столь часто находили в профилях влечений этот повторяющийся квадрокомплекс симптомов, что не приходится сомневаться в объективности предпочитаемого туземцами выбора.

*

Тот факт, что примитивные мужчины — по меньшей мере, на переднем плане повседневной жизни в матриархальной деревне-государстве — отнюдь не столь свирепы, как ранее себе представляли белые люди, доказывают и результаты подсчитывания мажор-минорного индекса.

II. Психосексуальные пропорции у бушменов

Результаты мажор-минор-пропорций представлены в таблице 23. (Здесь не фигурируют 6 подростков моложе 15 лет).

Представительницы женского пола у бушменов в высокой степени заряжены мужскими качествами, их у них даже больше, чем у мужчин-бушменов. Мажор-минор-пропорции у женщин равняются 1,8D к 1M, а у мужчин — только 1,4D к 1M.

Во всех четырех векторах женщины показывают инвертированное смещение в направлении мужественности, особенно в жизни аффектов и контактов. Мужчины-бушмены, наоборот, в сексуальной жизни слегка смещаются в направлении минор, и только в жизни аффектов перед нами сильные мажор-мужчины. Вообще бушменов-мужчин с полиым правом можно назвать психически интерсексуальными людьми в сексе и в сфере Я. (В векторе S = 1D : 1,06M; в векторе Sch = 1D : 1,1M).

Таблица 23.

Мажор-минор-пропорции у бушменов Французской Экваториальной Африки

Векторы →	S	P	Sch	C	Тотально
Группы ↓	мажор: минор	мажор: минор	мажор: минор	мажор: минор	мажор%: минор%
45 мужчин (15-60 лет)	521:560	310:165	309:258	451:91	59,7% : 40,3% = 1,4D : 1M
49 женщин (17-50 лет)	521:432	339:192	390:239	513:113	64,3% : 35,7% = 1,8D : 1M

Мы обращаем внимание читателя на то, что «интерсексуальность» мужчин-бушменов имеет чисто психическую, а не соматическую природу. Генетика считает вполне вероятным, «что наследственный материал, который обуславливает интерсексуальность человека, никак не связан с какой-либо географической расой или народностью; речь всегда будет идти об особом патологическом наследственном материале, появляющемся в результате мутаций» (Ленц)*. Поэтому вполне правдоподобной будет гипотеза о том, что 1. накопление притязаний на любовь, 2. чрезмерно большая тенденция к партиципации, 3. отделимость от матери, 4. пассивная солидарность со своим кланом, 5. чрезмерно повышенное количество мужских качеств у женщин-бушменок, 6. психическая интерсексуальность у бушменов-мужчин в сексуальной и эго-жизни являются следствиями особой семейной и социальной структуры деревни-государства, в которой, в более узком смысле, психические конфликты возникают прежде всего между материнским правом и отцовской любовью**, между коллективными брачными законами и естественными любовными склонностями, между классифицирующим и кровным родством в более узком смысле.

* Bauer-Fischer-Lenz, F.: Menschliche Erblehre. Lehmanns Verlag, München, 1936. IV. Aufl. S.403.

** Malinowsky, B.: Sex and Repression in savage Society, London, Kegan Paul and Co. New York, Harcourt Brace and Co., 1927.

*

Этих примеров из инстинктивной жизни бушменов Французской Экваториальной Африки вполне достаточно, чтобы прийти к выводу о том, что наш тест может оказать огромную помощь ученым при этнопсихологических исследованиях, и не в последнюю очередь из-за того, что он предоставляет ценные сведения *безо всяких слов, без речи*; причем именно те сведения о бессознательной сфере у примитивных народов, которые этнолог никогда не сможет получить через помощников, через вопросы и ответы, даже находясь у примитивных народов в течение многих лет.

АТЛАС

ВАЖНЕЙШИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ
И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

А. Тестовые синдромы патологических процессов

Под тестовым синдромом мы понимаем комплекс факторных реакций, характерный для начавшегося процесса, а не для «клинического диагноза». Один и тот же тестовый синдром может, таким образом, встречаться при различных «клинических» диагнозах.

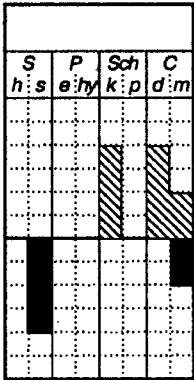


Рис. 36
Синдром скорбящего
после утраты объекта

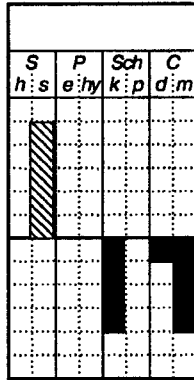


Рис. 37
Синдром оторванности
с деструкцией
и агрессией

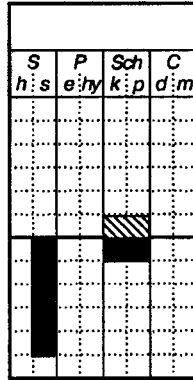


Рис. 38
Синдром потери Я
с саморазрушением

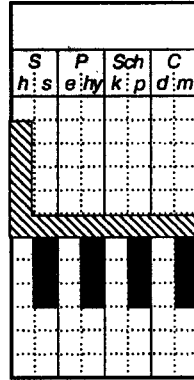


Рис. 39
Синдром
расщепления

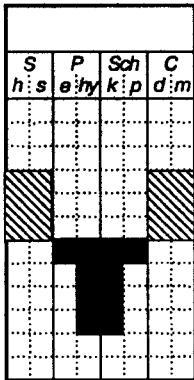


Рис. 40
Синдром страха вины
и наказания

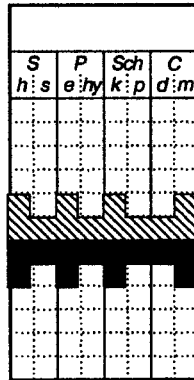


Рис. 41
Синдром
навязчивости

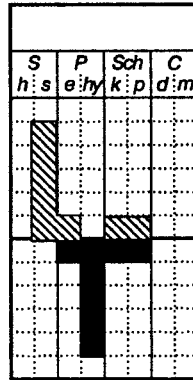


Рис. 42-43
Пароксизмальный синдром

а) постпароксизмаль- б) интерпароксизмаль-
ный синдром ($e=0$) ный синдром ($e=-$)

Тестовые синдромы патологических процессов (продолжение)

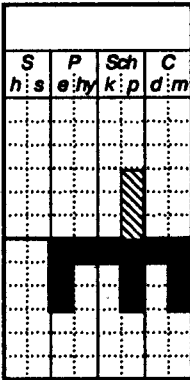


Рис. 44-45

Синдром «каинитского Е» убийцы

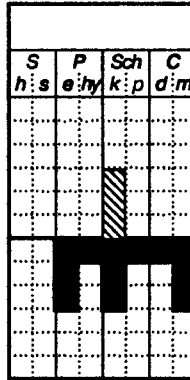


Рис. 46

Синдром сексуальной инверсии

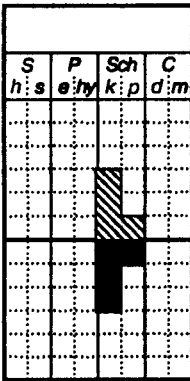


Рис. 47-48

Дуальный синдром

а) синдром бросающего партнера

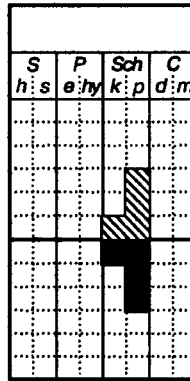
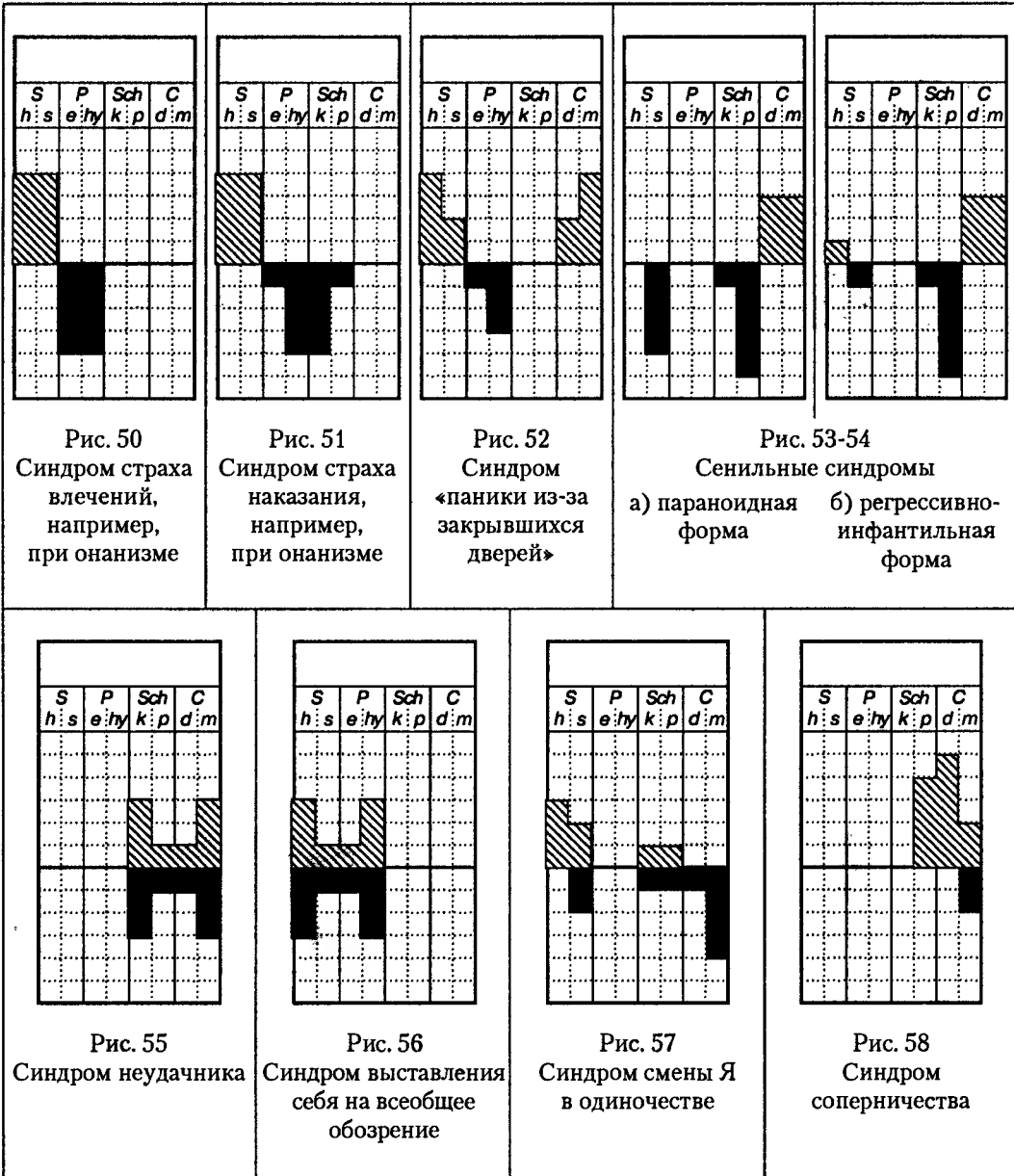


Рис. 49

Синдром отрицания жизни

Б. Тестовые синдромы физиологических процессов



Синдромы гуманизации

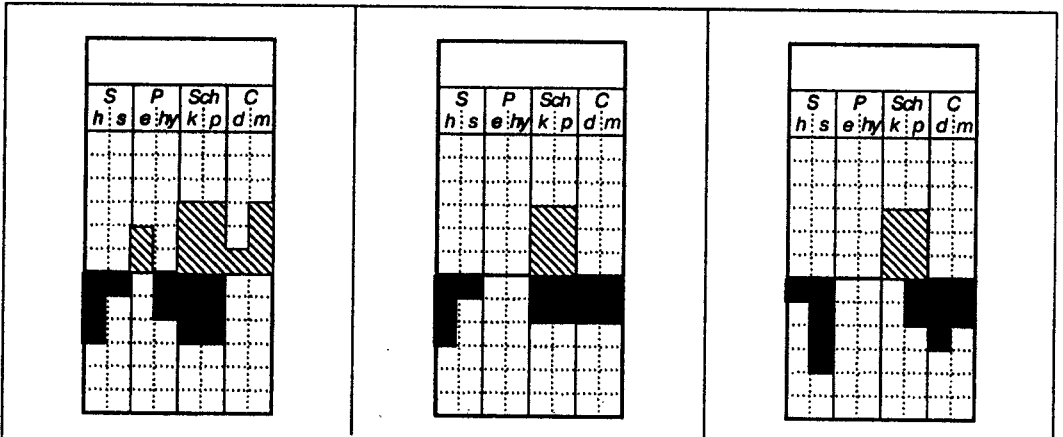


Рис. 59-61

Синдромы гуманизации влечений

а) классическая форма

б) активная, мужская
гуманность

в) пассивная, женская
гуманность

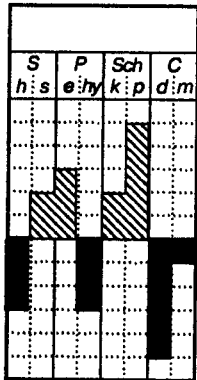


Рис. 62

Религиозная гуманность

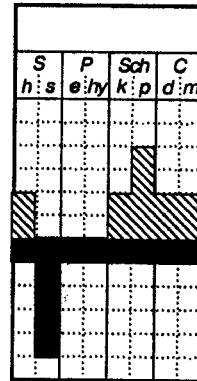


Рис. 63

Античная, эллинистическая гуманность

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Мы не хотели бы нарушать единство методов истолкования, полностью доказавших свою эффективность на протяжении нескольких десятилетий и подробно изложенных в этой книге; я имею ввиду дополнительное включение в учебник таких методов, практическое применение которых в повседневной психологической практике будет вызывать у психологов большие трудности или теоретические основы которых пока вызывают споры. На наш взгляд, к этой группе относятся следующие методы:

- основанные на базе так называемых «экзистенциальных возможностей» — 1. метод определения показаний к психотерапии по Л. Сонди; 2. метод выставления прогноза и показаний к психотерапии по А. Бэли;
- метод анализа Я-судьбы и судьбы влечений, который основан на стадиях развития сферы Я (А, В, С, D, E, F).

Относительно первой группы мы хотели бы подчеркнуть, что и наш метод определения рекомендаций, и прогноз по А. Бэли являются достаточно пригодными для практики методами, но только в руках «опытного судьбоаналитика», который полностью разобрался в тестовой синдроматике и судьбоаналитическом способе мышления или уже несколько лет подряд проводил в этой области научные исследования. Такие ограничения с неизбежностью были нам навязаны реальной жизнью, так как предыдущий опыт работы с психологами, занятыми рутинной практикой, оказался неблагоприятным. Дело в том, что умение отнести какой-либо конкретный профиль к одной или двум категориям экзистенциальных возможностей предполагает наличие необычайно большого, разнообразного психиатрического, психопатологического и тесто-синдроматического опыта, которым психолог, занимающийся повседневной рутинной практикой, еще не располагает.

В результате один и тот же профиль включался несколькими психологами в самые разные, часто даже противоположные категории экзистенциальных возможностей, что ставило под сомнение надежность обоих методов. Да и «субъективная составляющая» психолога играет при включении профиля в шкалу экзистенциальных возможностей столь большую роль, что из-за этого результаты тоже могли оказаться непригодными. Как часто бывает, здесь опять виновен не сам метод, а человек, его применяющий.

В результате мы решили ограничить применение методов показаний и прогноза небольшой группой судьбоаналитических исследователей с многолетним опытом. В их руках эти методы функционируют превосходно.

Необходимо сказать следующее по поводу метода анализа Я-судьбы. В первом издании этой книги (1947) в главе XXII (стр. 175–207) мы подробно изложили фазы

* На этих страницах читатель встретит еще две главы: XXIII («Судьба влечений и судьба сферы Я») и XXIV («Метод анализа судьбы сферы Я и судьбы влечений»).

и формы вариаций в развитии сферы Я («Я-ступени и периоды жизни»). Но мы исключили этот метод из второго издания (1960), так как средний темп и пути развития Я в различных странах из-за климата и разных расовых характеристик будут довольно сильно различаться. Следовательно, и исследования, проводимые в различных странах с испытуемыми любой возрастной ступени, приведут к разным результатам. Как следствие, результаты тестирования стали бы расцениваться как невалидные.

Однако несколько исследователей, прежде всего те, кто занимался непосредственно проблемой различий и вариабельности в развитии Я в зависимости от расы, класса и т. д., настойчиво попросили нас опять включить ступени Я (A–F) в новое издание. Мы согласились с этим предложением и излагаем прежний метод в приложении III (в сокращенном виде)*.

Мы просим читателя не забывать об этих предварительных замечаниях, когда он начнет обращаться к рассматриваемым методам.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О МЕТОДАХ РАБОТЫ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМИ ШКАЛАМИ СУЩЕСТВОВАНИЯ (EES)

Хотя о возможности выявления формы экзистенции я впервые заговорил в 1960 году, на самом деле основная идея этого метода стала использоваться мною еще раньше. Впервые она проявилась в том, что мы стали получать от И. не один-два профиля, а шесть, восемь, а где это возможно — десять профилей. При этом мы исходили из того, что почти *любой* профиль *одной и той же* персоны дает сведения о какой-либо одной, точнее, *другой возможности его судьбы*. Но необходимость адаптировать тест для клинического применения вынудила нас прежде всего создавать такие методы истолкования, которые могли бы применяться клиническими психологами, занятыми в первую очередь диагностикой. Так возникли хорошо известные методы: I. края и середины; II. комплементарный метод; III. линнеевский метод; IV. пропорциональные методы; V. ассоциативный факторный метод, но прежде всего VI. синдроматика**. И только обращение к судьбоаналитической психотерапии***, которая прежде всего опирается на возможность разльно поменять «целостную» форму существования персоны, привело к необходимости научиться наглядно представлять все врожденные формы экзистенции персоны в одной шкале, что должно послужить в качестве «компаса», позволяющего выяснить, на что поменяется в будущем имеющаяся у пациента форма существования. В настоящее время мы работаем с 17 формами существования (см. таблицу 24).

* В примечании читатель найдет несокращенный перевод. — *Примеч. пер.*

** Szondi, L.: *Triebpathologie*. Huber, Bern und Stuttgart, 1952.

*** Szondi, L.: *Schicksalsanalytische Therapie*. Huber, Bern und Stuttgart, 1963.

Определение термина «экзистенция» в экспериментальном экзистенциальном анализе (ЕЕА) никак не связано с понятием экзистенции, существующего у Хайдеггера. Наше понятие вообще ничего общего не имеет с экзистенциальной философией. Хайдеггер говорит: «Пребывание в свете бытия я называю существованием (Ex-sistentia) человека». В судьбоанализе «экзистенция» означает, с одной стороны, «ek-sistentia», то есть наличие, — то, что проявляется, тот способ, в котором нечто существует, а с другой стороны — прогресс, становление человека. В соответствии с таким футуристическим определением, каждый человек имеет несколько возможностей судьбы, которые он — на основе наследственности — приносит вместе с собой в реальный мир и среди которых он может выбирать те или иные вариации в каждый период своей жизни. Таким образом, форма существования никогда не должна пониматься как клинический диагноз. Каждая форма существования — это только одна «колея», по которой может направиться судьба индивида в определенный период его существования. Но обычно в течение жизни судьба направляется по разным «колеям».

Таким образом, судьбой конкретного индивида мы называем сумму всех выбираемых и сменяемых им возможностей судьбы.

Диагностика экспериментальных экзистенциальных шкал (1960 г.) опирается на хорошее знание симптоматики*. Но так как судьбоанализ не стремится ставить клинические диагнозы, а прежде всего определяет возможности существования, то он не должен столь строго придерживаться наличия всех тестовых симптомов в каком-либо синдроме. Для обнаружения какой-либо определенной возможности существования достаточно будет выявить один, два или три решающих симптома конкретной формы существования в профиле влечений. Но эти отдельные тестовые признаки должны, безусловно, иметь решающее значение для данной формы существования. Для успешного проведения подобного исследования психолог нуждается в большом психиатрическом и психопатологическом опыте. Приведем несколько примеров.

1. Проективно-параноидную возможность существования в определенных обстоятельствах можно допустить только на основе Sch 0 -I или Sch — -II. Решающим здесь является наличие чрезмерного количества проекции. Но для диагноза «параноидная шизофрения» этого будет явно недостаточно, для этого нужно наличие у И. тенденции к диагональному расщеплению в других векторах (S + -, P + - и т. д.)
2. Подобным образом инфлятивно-параноидную возможность существования мы можем установить только при наличии Sch 0 +I или Sch + +I.
3. Эпилептиформно-пароксизмальная возможность существования определяется а) при -Ie или +Ie, б) Sch ± -, или — ±, или 0 0, и так далее (см. таблицу 25).

Эти примеры относятся к так называемой уни-форме существования одного из профилей. Но чаще всего мы находим би-, а иногда, хотя и гораздо реже, триэкзистенциальных профиля, в которых обнаруживаются имеющие решающее значение тестовые признаки двух и даже трех форм существования. Биэкзистенциальные профили вносятся в виде половинок в обе рубрики соответствующих экзистенциальных путей (об этом см. позже). В случае триэкзистенции наиболее слабая среди

* Szondi, L.: Triebpathologie. Huber, Bern und Stuttgart, 1952.

них не протоколируется, а протоколируются только две наиболее выраженные формы существования, и опять же в виде половинок.

Примеры биэкзистенциальных возможностей:

1. У одного из мужчин обнаружилось:

S	P	Sch	C
+ -	+ 0	0 ±	+ +

Протоколировать мы будем:

- а) инверсию: $S + -, Sch\ 0 \pm (\frac{1}{2})$
 б) фобню: $P + 0 (\frac{1}{2})$

2.

S	P	Sch	C
+ -	+ +	+ -	+ +
		0 0	

Во втором примере можно протоколировать а) депрессию (+ d, + k, - s) и б) истерию ($P + +$ или 0 0) в качестве двух возможностей судьбы, представленных в *половинчатой* форме существования. Но никакой ошибки не будет, если ограничиться протоколированием одной только депрессивной формы существования в качестве единственной целостной структуры, так как известно, что для депрессивной формы тоже характерны наводнение аффектами ($P + +$) и их опустошение (P 0 0).

Обычно различают: 1. *индивидуальную* (Бэли*) и 2. *коллективную* (Сатаке) шкалы экзистенций. С помощью последней шкалы выявляются формы существования гомогенной группы больных. До последнего времени нахождением коллективных форм экзистенции различных групп болезней занимались Рюзо Сатаке** (Япония), Р. Зайдель*** (Цюрих), У. Штудер-Зальцманн**** (Цюрих), Е. Шпрингер***** (Виль), Ф. Безольд***** (Гогенасперг), С. Шталь***** (Штуттгарт). Индивидуальными шкалами экзистенций занимались Бэли и Хусмани (Люцерн).

* Beeli, A.: Psychotherapie-Prognose mit Hilfe der «Experimentellen Triebdiagnostik». Huber, Bern, 1965.

** Satake, R.: Vergleichende Untersuchungen über Existenzformen mittels der Experimentellen Triebdiagnostik. Szondiana III. Huber, Bern, 1962.

*** Seidel, R.: Experimentelle Existenzformenanalyse an einem Krankengut von 126 Epileptikern. Juris Verlag, Zürich, 1962, und Szondiana V. Huber, Bern, 1963, S. 202ff.

**** Studer-Salzmann, U.: Schicksalsmöglichkeiten Hysteriekranker verglichen mit denjenigen von Epileptikern. Szondiana V. Huber, Bern, 1963, S. 253ff.

***** Springer, E.: Existenzformenanalyse bei Alterspatienten. Vortrag, gehalten in der Schw. Ges. f. Experim. Triebdiagnostik und Schicksalsanalyse

***** Besold, F.: Vom Mörder E zum antisozialen Index (As. I.). Szondiana VIII. Huber, Bern, und Nauwelaerts, Louvain, 1971, S. 197ff.

***** Stahl, C.: Der Szondi-Test bei Enuretiker-Kindern. Szondiana VIII. Huber, Bern und Nauwelaerts, Louvain, 1971, S. 147ff.

Применение EES:

1. В судьбоаналитической *психотерапии* — для определения необходимости замены прежней формы существования на другую.
2. Если во время терапии провести несколько десятисерийных экспериментов, то во время лечения можно будет оценивать состояние психического здоровья в *продольном разрезе*.
3. Наряду с терапией, *прогноз* является наиболее важной областью применения EES. Социальное оценивание форм существования для прогноза и создание «*прогностической шкалы*» связано с именем А. Бэли (1965 г.). Его заслугой является то, что мы сегодня обладаем в судьбоанализе полезным методом прогнозирования, в 83% случаев совпадающего с психотерапевтическими результатами (приложение II). (См. работы А. Бэли, Люцерн)
4. В *диагностике* EES играет особую роль, позволяя чуть ли не количественно оценивать спорные диагностические возможности.
5. О применении EES для *составления рекомендаций* мы подробно сообщаем в этом разделе (приложение I).

В заключение следует подчеркнуть: 1. Работа с методом EES требует хорошего знания синдроматики нашего теста. 2. При оценке профилей на экзистенциальность должна полностью исключаться любая степень субъективности, так как желание получить определенный результат может легко привести к неправомерным выводам.

ПРИЛОЖЕНИЕ I

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПСИХОТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ШКАЛЫ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ ФОРМ

Начиная с 1960 года, мы работаем над созданием так называемой «психотерапевтической шкалы показаний на основании экзистенциальных форм» (таблица 24). Опираясь на синдроматику Сонди-теста по этой шкале, мы на *предварительном исследовании* определяем у человека, проходящего психоаналитическое лечение, абсолютные пропорции *между экзистенциями опасности и экзистенциями защиты*. Далее мы приблизительно определяем силовые соотношения между инстинктивными опасностями и сферой Я на основе результатов 30 профилей влечений испытуемого (10 переднеплановых, 10 экспериментальных комплементарных и 10 теоретических комплементарных профилей). По схеме (таблица 24) видно, что 12 форм существования могут считаться *приносящими опасность*, а 5 — *предоставляющими защиту*. К защитным экзистенциям относятся те, которые возникают под воздействием совести, Сверх-Я и Я. Хотя они могут вызывать клинические симптомы (ипохондрию, фобию или навязчивости) — тем не менее они предоставляют защиту от опасных форм существования, например, от паранойи, перверсий, эпилепсии и т. д. Таблица 25 показывает нам наиболее важные тестовые симптомы для всех 17 форм существования (Ег — экзистенциальная форма).

Мы должны также сказать о четырех предпосылках, которые необходимо учитывать для правильного понимания шкалы индикации.

Ни одна из форм экзистенции этой шкалы не претендует на постановку каких-либо диагнозов, она показывает самостоятельную, замкнутую в самой себе форму бытия. В этой форме мы обнаруживаем специфическое *наследство* (1), специфическую *природу влечений и аффектов* (2), особое *социальное положение* (3), *мировоззрение и ментальность* (4), особую *сферу Я* (5) и особое отношение к *духовности, религии и гуманизации* (6). Любая форма экзистенции проявляется в жизни в виде целостной структуры, в которой все шесть обуславливающих судьбу факторов *совместно* определяют специфичность сосуществования (*existentia*). Но сами названия, подбираемые для категорий экзистенции, типа «сексуальная», «эгоидная» и «обуславливающая настроение» говорят лишь о том, что среди факторов судьбы для клинической картины будет характерен именно тот фактор, в соответствии с которым категория и носит свое имя.

Учитывая генетическое учение, мы допускаем, что все 17 форм существования — если отделить невроз органов, как это делает А. Бэли, от ипохондрии, — присутствуют у каждого человека в его наследственном материале. То есть если нам кажется, что одна из форм экзистенций кажется не представленной в шкале экзистенций, то такое впечатление об отсутствии складывается у нас всегда только по сравнению с величинами других форм, то есть мы должны учитывать *относительность* оценивания.

Индивидуальные различия проявляются только в пропорциях Ef. Поэтому в каждом случае мы подсчитываем следующие пропорции:

- I. Соотношение пропорций опасности друг с другом:
сексуальная Ef : аффективная Ef : эго-Ef : контактная Ef
- II. *Соотношение пропорций защит друг с другом:*
Ef вины : Ef навязчивости : Ef приспособления : Ef гуманизации
- III. Тотальные пропорции = Ef опасности : Ef защиты = индекс опасности

Однако следует помнить, что о динамике психической жизни мы судим только на основе пропорций существований опасностей и защит, и никогда — только по показателям тотальных пропорций.

При подсчете пропорций мы всегда представляем величины отдельных форм существования в виде суммы найденных частот как на переднем плане, так и в теоретических и экспериментальных комплементарных профилях, так как комплементарные профили тоже оцениваются нами как *возможности* одной из форм судьбы.

*

Использование нашего метода является поиском ответов на следующие вопросы:
Нуждается ли персона *на настоящий момент* в психической неотложной помощи, требующей применения какого-либо метода психотерапии?

В какой области психической жизни обнаруживается опасность?

Может ли соответствующая персона самостоятельно защититься от этой опасности посредством использования адекватных и достаточных механизмов защиты?

Если нет, то какой вид психотерапии наиболее показан для имеющихся в каждом конкретном случае обстоятельств?

То есть при определении рекомендаций необходимо решить, существует ли необходимость безотлагательного психотерапевтического вмешательства. А на вопрос, будет ли оказываемое вмешательство иметь для будущего И. благоприятный исход, отвечает метод *прогноза* Бэли, но не наш метод показаний. На различия между «рекомендациями» и «прогнозом» должны обращать внимание не только врачи, но и психологи.

Хотя в методе определения терапевтических показаний мы и учитываем частоту тестовых профилей, которые определяются психологом как принадлежащие различным формам существования, в методе *никогда* не должны использоваться эти величины частот в качестве абсолютных количественных величин, посредством которых можно заниматься «статистической акробатикой». Мы *удовлетворяемся предварительным оцениванием соотношений или пропорций возможностей существования*. Поэтому наш метод является оценивающим, истолковывающим, а не точным, количественным. Если не обращать внимания на такие ограничения, можно получить невалидные результаты, подобно тому, как это произошло с Бюрли* (см. далее).

* Bürli, A.: Indikation zur analytischen Psychotherapie mit Hilfe der «Experimentellen Triebdiagnostik». Verlag H. Lang & Cie., Bern. 1970.

Экспериментальное определение форм существования

Оно состоит из следующих шагов:

1. Получение 10 переднеплановых (VGP), 10 теоретических (ThKP) и 10 экспериментальных комплементарных профилей (ЕКР), вычисляемых обычным способом.
2. Каждый профиль всех трех категорий (VGP, ThKP и ЕКР) в отдельности и по порядку проверяется на то, насколько выявляющаяся тестовая симптоматика позволяет отнести ее к определенной экзистенциальной форме. Эмпирическая таблица 25 служит в качестве «компас», помогающего относить отдельные профили к определенным экзистенциальным формам.
3. Каждый профиль располагается на схеме шкал (таблица 24) в одном из квадратов. Если мы обнаруживаем в каком-либо профиле тестовые симптомы, характерные для двух форм существования, то для обоих «половинных Ef» мы заполняем в схеме по полквadrата. Если на том же профиле встречается еще и третья экзистенциальная форма, то ни в какую шкалу мы ее не вписываем. Но если тестовые симптомы этой третьей Ef повторяются еще раз, то мы можем на схеме шкал пометить для первого профиля вторую Ef, а для другого профиля — эту третью Ef в качестве второго половинчатого квадрата.
4. Переднеплановые профили мы выделяем посредством того, что заштриховываем квадраты горизонтальными линиями, теоретические профили — косыми линиями, а экспериментальные комплементарные профили — вертикальными.
5. В предпоследнюю рубрику схемы экзистенциальных шкал (см. таблицу 24) мы вносим сумму отдельных экзистенций, а в последнюю рубрику — сумму в группах экзистенциальных форм: имеются ввиду сексуальные, аффективно-приступообразные, эгоидные и контактные формы существования.
6. После этого мы отдельно подсчитываем суммы экзистенциальных форм опасностей и защит.
7. В результате деления: $\frac{\text{Gefahr} - \text{Ef}}{\text{Schutz} - \text{Ef}}$ — индекс опасности (GI — Gefährindex)

можно подсчитать «индекс опасности». *GI служит исключительно для оценивания того, насколько больше в психической жизни персоны представлена опасность, а не защита, но этого не достаточно, чтобы давать рекомендации, как это делает Бюрли, который полностью забывает о необходимости истолкования пропорций опасностей и защит.*

Для нас с самого начала было ясно, что индекс опасности никогда не может сам по себе использоваться в качестве индикатора психотерапии. Об этом мы специально говорили еще в 1966 году. *Только глубинно-психологический анализ и истолкование пропорций в выявляющихся формах экзистенций опасностей и защит могут оказать помощь при определении показаний для аналитической терапии.* Но и эти предположения опираются только на оценивание, а не на абсолютные арифметические величины. Естественно, оценивание будет тем эффективнее, чем большими психиатрическими и глубинно-психологическими познаниями обладает психолог. Таким образом,

Таблица 24. Терапевтические пропорции шкалы форм существования (по Л. Сонди)

А. Опасные Ef.:		№ *	Фамилия: Профессия: Клинический диагноз:		Возраст:		Σ Ef.	Σ Ef. по группам
Психологические формы	Клинические формы							
I. Экстремальные сексуальные Ef.:								
Женственные мужчины	Инвертированные (гомосексуалисты, транссвеститы) Перверсированные (садисты, мазохисты)	10						
Мужественные женщины								
Противополостные		9						
II. Экстремально-эмоциональные Ef.:								
Перевозбужденные, гневные, мстительные	Эпилептиформные (с настроенностью на убийство) Истерические	13						
Демонстрирующие себя или застенчивые		14						
III. Экстремальные Ef. сферы Я:								
Отчужденные от мира, ирреальные	Предпсихотические Проективно-параноидные Инфлятивно-параноидные Гебоидные Кататонические	1						
Эгоцентричные, недоверчивые		2						
Одержимые, нарцисстично-высокомерные		3						
Вычурные, патетически-театральные		4						
Отрицающие весь мир, деструктивные		5						
IV. Экстремальные Ef. настроения и контактов:								
Удрученные	Эндогенно-депрессивные Маниакальные, гипоманиакальные Психопатические	6						
Веселые, ликующие		7						
Чуждающиеся, отклоняющиеся от социальных норм		8						
V. Защитные Ef.:		Σ защитных Ef.:						
Нуждающиеся в обремененности виной и наказанием	Ипохондрические Навязчиво-неврозные Среднестатистический человек Гуманные Ef.	11						Σ
Принуждающие себя		12						
Пристосабливающиеся		16						
		17						
Соотношение опасность : защита =								

* Нумерация соответствует шкале экзистенций в тестовом бланке

Таблица 25. Тестовые симптомы для определения 17 форм экзистенции (Л. Сонди)

А. Экзистенциальные формы-отности		Периферийный номер форм экзистенции	В осевом векторе S =		В параксимальном векторе P =		В Я-векторе Sch =		В векторе контакта C =
характерологические формы	клинико-психиатрич. формы		$\sigma' + (-i)$ $0 - (ii)$	$\sigma' - (-i)$ $0 +$	σ'	σ'	σ'	σ'	
I. Сексуальные формы экзистенции		10	$\sigma' + (-i)$ $0 - (ii)$	$\sigma' - (-i)$ $0 +$	σ'	σ'	σ'	σ'	$\begin{bmatrix} \pm +, 0 +, \pm +, 0 \\ \pm +, 0 +, \pm +, 0 \end{bmatrix}$
женственный мужчина	инверсия, гомосексуализм, трансвестизм		$\pm \pm$	$\pm \pm$			$\begin{bmatrix} 0 \pm \\ \pm \pm \\ 0 \pm \\ \pm \pm \end{bmatrix}$	$\begin{bmatrix} 0 \pm \\ \pm \pm \\ 0 \pm \\ \pm \pm \end{bmatrix}$	
мужеподобная женщина	инверсия, гомосексуализм, трансвестизм		$\pm \pm$ или $\pm \pm$	$\pm \pm$			$\begin{bmatrix} 0 \pm \\ \pm \pm \\ 0 \pm \\ \pm \pm \end{bmatrix}$	$\begin{bmatrix} 0 \pm \\ \pm \pm \\ 0 \pm \\ \pm \pm \end{bmatrix}$	
противоположный характер сексуальности	перверсия, садизм, мазохизм, садомазохизм и т.д.		$\pm \pm$ или $\pm \pm$	$\pm \pm$			$\begin{bmatrix} 0 \pm \\ \pm \pm \\ 0 \pm \\ \pm \pm \end{bmatrix}$	$\begin{bmatrix} 0 \pm \\ \pm \pm \\ 0 \pm \\ \pm \pm \end{bmatrix}$	
	перверсия, садизм, мазохизм, садомазохизм и т.д.		$\pm \pm$ или $\pm \pm$	$\pm \pm$			$\begin{bmatrix} 0 \pm \\ \pm \pm \\ 0 \pm \\ \pm \pm \end{bmatrix}$	$\begin{bmatrix} 0 \pm \\ \pm \pm \\ 0 \pm \\ \pm \pm \end{bmatrix}$	
	перверсия, садизм, мазохизм, садомазохизм и т.д.		$\pm \pm$ или $\pm \pm$	$\pm \pm$			$\begin{bmatrix} 0 \pm \\ \pm \pm \\ 0 \pm \\ \pm \pm \end{bmatrix}$	$\begin{bmatrix} 0 \pm \\ \pm \pm \\ 0 \pm \\ \pm \pm \end{bmatrix}$	
II. Аффекто-примитивные формы экзистенции		13	$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	$\begin{bmatrix} -id \\ -im \\ 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} +is, -is \\ 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} +is, -is \\ 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} +is, -is \\ 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} +is, -is \\ 0 - \end{bmatrix} \pm -$
сверхправдивые, злобные и истинные и ревнующие, завистливые	намерение убивать эпилептиформная фЭ.		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
актерство, скрывающее себя, живые, выступающие себя	истероформа		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
	истероформа		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
	истероформа		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
III. Формы Я-экзистенции		1	$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	$\begin{bmatrix} d \\ m \end{bmatrix}$
отчужденный от мира, ирреальный, отрицающий жизнь	препсихотическая		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
исходящее от Я наречение, ищущий «козла отпущения»	проектного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
	проектного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
	проектного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
одержимые, нарциссически-высомерные	инфантильного параноюда	3	$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	$\begin{bmatrix} - +, 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} - +, 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} - +, 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} - +, 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} - +, 0 - \end{bmatrix} \pm -$
скачкообразно меняющаяся, патетическо-театральные чудеса	инфантильного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
	инфантильного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
	инфантильного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
	инфантильного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
скачкообразно меняющаяся, патетическо-театральные чудеса	инфантильного параноюда	4	$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	$\begin{bmatrix} 0, 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} 0, 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} 0, 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} 0, 0 - \end{bmatrix} \pm -$ $\begin{bmatrix} 0, 0 - \end{bmatrix} \pm -$
скачкообразно меняющаяся, патетическо-театральные чудеса	инфантильного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
	инфантильного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
	инфантильного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	
	инфантильного параноюда		$\sigma' + (-i)$	$\sigma' - (-i)$	σ'	σ'	σ'	σ'	

обладание психиатрическими и глубинно-психологическими познаниями является критерием правильного истолкования пропорций, обнаруживаемых в формах экзистенций опасностей и защит. *Поэтому мы подчеркиваем в этом методе роль изучения конкретных случаев (казуистика), а не использование статистики.*

К сожалению, Бюрли в своей упоминавшейся нами диссертации, написанной с огромной основательностью, *несмотря на наши советы, полностью проигнорировал единственно адекватный в данном случае казуистический метод приведения доказательств* и попытался определять показания к психотерапии исключительно посредством *статистических методов подсчета*. И, естественно, его попытка должна была провалиться. Он пишет (1970):

«Не вызывает сомнений, что Сонди (1960), возможно, понимая недостаточность GI (индекс опасности), стал все большее значение придавать пропорциям опасностей и защит, для интерпретации которых он тем не менее никаких точных критериев не определил. Поэтому Сонди вынужден обращаться за помощью к чисто казуистическому приведению доказательств^{*}. А в результате этого шкала показаний Сонди, несмотря на свой исходный статистический пункт, все больше сводится к интуитивно-интерпретационному методу истолкования, во многом лишаясь возможности статистической проверки^{**}».

Мы охотно соглашаемся с тем, что наш метод показаний является только «интуитивно-интерпретационным» методом истолкования, не претендуя на звание статистического. Но это — как мы уже говорили — с самого начала было нашей целью. Пророчество Бюрли, сделанное в 1970 г., является таким образом *vatitatio ex eventu*, так как в 1960 г. мы использовали *только казуистику и не обращались к статистике*. Мы создали метод определения показаний для глубинных психологов и аналитических терапевтов, а не для психологов, ограничивающих свои знания сферой сознания, привыкших «измерять душу посредством психометрики». *Для целей психометрики процессы бессознательного, постоянно находящиеся в движении и изменении, совершенно не подходят*. Исходным пунктом нашей шкалы показаний *никогда* не была статистическая постановка вопроса, так как простое подсчитывание тестовых профилей по отношению к встречающимся в них конкретным экзистенциальным формам еще не является высшей статистикой. Это может служить исключительно целям предварительного оценивания, а не точной статистической проверки, например, посредством какого-либо подсчета корреляций. Применять последнее к глубинной психологии бессознательного было бы явным абсурдом. *Здесь — как и в психоанализе Фрейда — единственно адекватным способом исследования может быть только казуистика и интуитивная интерпретация*. Это же является и причиной того, почему круг специалистов, которые могут заниматься анализом экзистенций, оказывается столь узким.

*

Мы хотим продемонстрировать метод индикаций на примере нескольких казуистических случаев.

* Критерии автора смотри выше.

** Bürli, A.: Zitierte Arbeit, S. 82.

Казуистика

Чтобы читатель разобрался в способе применения нашего метода показаний, мы приводим здесь два примера. В случае 70 показанной оказалась аналитическая психотерапия, а в случае 72 она противопоказана. Другие примеры читатель найдет в периодическом издании «Сондиана VI»^{*}.

Случай, в котором были выявлены показания для психоанализа.

Случай 70. 30-летний учитель языка, трансвестист.

Этот мужчина постоянно носил дамские панталоны. Он желал быть женщиной и иметь вагину. Это желание было у него настолько сильным вплоть до 27 лет, что он четыре раза пытался лишить себя мужского органа. Он часто наносил себе сильно кровоточащие резаные раны.

Мы подробно сообщили об его истории жизни и течении судьбоанализа в книге «Судьбоаналитическая терапия» (1963, с. 392–400). В этом случае мы сравним анализ пропорций до и после психотерапии (таблицы 26 и 27).

1. Анализ общих пропорций:

Ef опасностей : Ef защит = индекс опасности

До (1949 г.)	14,5	:	5,5	=	2,6	:	1
После (1951 г.)	9,5	:	10,5	=	0,9	:	1

Пациент не особенно выделялся своими общими пропорциями в возможностях экзистенций. Индекс опасности не перешел за верхнюю границу нормы (от 1 до 3,3 по Бюрли).

2. Анализ пропорций опасности:

сексуальная Ef : аффективная Ef : эгоидная Ef : контактная Ef

До	7,5	:	4,0	:	3,0	:	0,0
После	4,0!	:	3,0	:	2,5	:	0,0

После прохождения анализа сексуальная опасность уменьшилась почти наполовину

3. Анализ защитных экзистенций:

Ef вины : Ef навязчивости : Ef приспособления : Ef гуманизации

До	1,0	:	2,0	:	0,0	:	2,5
После	0,0	:	9,0	:	0,0	:	1,5

^{*} Szondi, L.: Ursprung und Hintergrund der Krise in den analytischen Psychotherapien. Szondiana VI. 1966, S. 27-46.

4. Анализ психодинамики:

До прохождения психоанализа опасность заключалась главным образом в гомосексуальности, провоцировавшей пациента на трансвестизм, на желание быть женщиной. Эту опасность инверсии мы оценили настолько высоко, что предложили пациенту пройти судьбоаналитическое лечение. После прохождения психоанализа эта опасность уменьшилась.

До анализа пациент вряд ли мог справиться со своими трансвестическими притязаниями (6 инверсий на две экзистенции навязчивости; таблица 26). После анализа динамика между влечением (инверсией) и сферой Я (навязчивость и мужественность) приобрела совершенно другое направление. В то время как инверзия после лечения уменьшилась с 6 до 3, навязчивость — а следовательно, и мужественность — увеличилась с 2 до 9.

Таким образом, выявилась правильность рекомендаций к прохождению курса психоанализа, несмотря на то, что до анализа общие пропорции находились в зоне нормы. Это можно объяснить следующим образом. Во-первых, потому что пациент не испытывал никакого чувства вины из-за своего трансвестизма (1). Во-вторых, в судьбоанализе существует особый метод анализа Я, который позволяет сооружать навязчивости против влечений¹⁷ (таблица 27).

Случай, в котором психоанализ противопоказан

Случай 71. 35-летний больной, страдающий неврозом навязчивости, скульптор.

В этом случае мы пришли к выводу, что психоаналитическое лечение — несмотря на противоположное мнение со стороны нескольких психоаналитиков — абсолютно противопоказано. Пациент был совершенно не работоспособен и прежде всего из-за своих навязчивостей при одевании, которые не позволяли ему чем-нибудь заниматься, часто его процедуры одевания занимали весь день. Таблица 28 показывает результаты шкал пропорций.

1. Анализ общих пропорций:

$$Ef \text{ опасностей} : Ef \text{ защит} = 12,5 : 7,5 = 1,7 : 1$$

2. Анализ пропорций опасности:

сексуальная Ef	:	аффективная Ef	:	эгоидная Ef	:	контактная Ef
2,0	:	2,5	:	6,5	:	1,5

У пациента доминирует проективная (2,5) и инфлятивная (4,0) паранойя. Расстройство сферы Я с величиной опасности 6,5 по своей выраженности не сравнимо со всеми другими опасностями (см. таблицу 28).

¹⁷ Vgl. hierzu: Schicksalsanalytische Therapie. Huber, Bern und Stuttgart, 1963. S. 116ff. und 392ff.

Таблица 26. Терапевтические пропорции шкалы форм существования (по Л. Сонди)

А. Опасные Ef.:		№ *	Фамилия:		Возраст:	Σ Ef.	Σ Ef. по группам
Психологические формы	Клинические формы		Профессия:	Клинический диагноз:			
I. Экстремальные сексуальные Ef.:							
Женственные мужчины	Инвертированные (гомосексуалисты, транссвеститы)	10				6,0	14,5
Мужественные женщины	Перверсированные (садисты, мазохисты)	9				1,5	
Противополостные							
II. Экстремально-эмоциональные Ef.:							
Перевозбужденные, гневные, испуганные	Эпилептиформные (с настроенностью на убийство)	13				3,0	4,0
Демонстрирующие себя или застенчивые	Истериформные	14				1,0	
III. Экстремальные Ef. сферы Я:							
Отчужденные от мира, идеальные	Предиксиполитические	1					3,0
Эгоцентричные, недоверчивые	Проективно-параноидные	2				2,0	
Одержимые, нарциссично-высокомерные	Инфантивно-параноидные	3				1,0	
Вычурные, патетически-театральные	Гебомидные	4					
Отрицающие весь мир, деструктивные	Катадонниформные	5					
IV. Экстремальные Ef. настроения и контактов:							
Удрученные	Эндогенно-депрессивные	6					0,0
Веселые, ликующие	Маниакальные, гипоманиакальные	7					
Чуждающиеся, отклоняющиеся от социальных норм	Психопатические	8					
V. Защитные Ef.:							
Нуждающиеся в обремененности виной и наказанием	Ипохондрические	11				Σ	5,5
Пригуждающие себя	Навязчиво-невротичные	12				1,0	5,5
Пристосабливающиеся	Среднестатистический человек	16				2,0	
Гуманные Ef.		17				0,0	
Соотношение опасность : защита = 2,6 : 1 =						14,5	5,5

ппп[10] тпп[10] = 20

Таблица 27. Терапевтические пропорции шкалы форм существования (по Л. Сонди)

А. Опасные Ef.:		№ *	Фамилия: Профессия: Клинический диагноз:		Возраст:	Σ опасных Ef.	Σ Ef.	Σ Ef. по группам
Психологические формы	Клинические формы							
I. Экстремальные сексуальные Ef.:								
Женственные мужчины	Инвертированные (гомосексуалисты, трансвеститы)	10					3,0	9,5
Мужественные женщины	Перверсированные (садисты, мазохисты)	9					1,0	
Противополостные								4,0
II. Экстремально-эмоциональные Ef.:								
Перевозбужденные, плевные, мстительные	Эпилептиформные (с настроенностью на убийство)	13					1,5	3,0
Демонстрирующие себя или застенчивые	Истериформные	14					1,5	
III. Экстремальные Ef. сферы Я:								
Отчужденные от мира, ирреальные	Предпсихотические	1						2,5
Эгоцентричные, недоверчивые	Проективно-параноидные	2					1,0	
Одержимые, нарциссично-высокомерные	Инфлятивно-параноидные	3					1,5	
Вычурные, патетически-театральные	Гебоидные	4						
Отрицающие весь мир, деструктивные	Кататониформные	5						
IV. Экстремальные Ef. настроения и контактов:								
Удрученные	Эндогенно-депрессивные	6						
Веселые, ликующие	Маниакальные, гипоманиакальные	7						
Чуждающиеся, отклоняющиеся от социальных норм	Психопатические	8						
V. Защитные Ef.:								
			Σ защитных Ef.:				Σ	10,5
Нуждающиеся в обраменности виной и наказанием	Ипохондрические	11						5,5
Принуждающие себя	Навязчиво-невротичные	12					9,0	
Приспосабливающаяся	Среднестатистический человек	16						
Гуманные Ef.		17					1,5	
Соотношение опасность : защита = 0,9 : 1 =								9,5 : 10,5

☐ ппп[10]
 ☒ ткл[10] =

Таблица 28. Терапевтические пропорции шкалы форм существования (по Л. Сонди)

А. Опасные Ef.:		№ *	Фамилия: Профессия: Клинический диагноз:		Возраст:	Σ Ef.	Σ Ef. по группам
Психологические формы	Клинические формы						
I. Экстремальные сексуальные Ef.:							
Женственные мужчины	Инвертированные (гомосексуалисты, транссвеститы)	10					2,0
Мужественные женщины	Перверсированные (садисты, мазохисты)	9					
Противополостные							
II. Экстремально-эмоциональные Ef.:							
Перевозбужденные, гневные, мстительные	Эпилептиформные (с настроенностью на убийство)	13				0,5	2,5
Демонстрирующие себя или застенчивые	Истеричформные	14				2,0	
III. Экстремальные Ef. сферы Я:							
Отчужденные от мира, ирреальные	Предсиклотические	1					6,5
Эгоцентричные, недоверчивые	Проективно-параноидные	2				2,5	
Одержимые, нарциссично-высокомерные	Инфлятивно-параноидные	3				4,0	
Вычурные, патетически-театральные	ГебOIDные	4					
Отрицающие весь мир, деструктивные	Кататоничформные	5					
IV. Экстремальные Ef. настроения и контактов:							
Удрученные	Эндогенно-депрессивные	6				1,5	1,5
Веселые, ликующие	Маниакальные, гипоманиакальные	7					
Чуждающиеся, отклоняющиеся от социальных норм	Психопатические	8					
V. Защитные Ef.:							
Нуждающиеся в обремененности виной и наказанием	Ипохондрические	11				Σ	7,5
Принуждающие себя	Навязчиво-невротичные	12				7,0	7,5
Приспосабливающаяся	Среднестатистический человек	16				0,5	
Гуманные Ef.		17					
Соотношение опасность : защита = 1,7 : 1 =						12,5	: 7,5

ппп[10] ттп[10] =

3. Анализ защитных экзистенций:

Ef вины	:	Ef навязчивости	:	Ef приспособления	:	Ef гуманизации
0,0	:	7,0	:	0,5	:	0

Поэтому пациент из четырех форм защитных экзистенций использует практически только навязчивость (7), являющуюся адекватной формой защиты от паранойи.

4. Анализ психодинамики:

Наш пациент, страдающий от невроза навязчивости, является латентным параноиком, способным тем не менее преодолевать это расстройство Я (то есть галлюцинации и бредовые идеи) посредством прибегания к навязчивостям, что в данном случае является адекватным. Сила навязчивостей несколько больше (7,0), чем параноидная опасность (6,5). Эту пропорцию нужно истолковывать следующим образом — персоне удастся удерживать на заднем фоне свое патологическое расстройство Я при помощи навязчивости.

В этом случае мы считаем психоанализ *противопоказанным* потому, что он может способствовать редукции механизмов, защищающих от паранойи, и манифестации психоза. Поэтому мы заняли пациента работой с картотекой, посредством чего мы хотя бы частично оперотропизировали его навязчивую экзистенцию. Правильность нашей оценки состояния больного (возможность провоцирования психоза в результате большой психической активности, вызванной прохождением психоанализа) была подтверждена 15 лет спустя. Во время бомбардировки Будапешта во Вторую мировую войну сила навязчивостей у И. была сломлена, и *пациента пришлось интернировать из-за встывнувшей у него параноидной шизофрении*. Она затихла через 3 месяца, и пациент начал опять защищаться своими прежними навязчивыми состояниями и действиями.

ПРИЛОЖЕНИЕ II

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ С ПОМОЩЬЮ «ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВЛЕЧЕНИЙ» ПО А. БЭЛИ*

В 1965 году моему сотруднику А. Бэли с помощью своего метода удалось в 83% всех случаев правильно предсказать исход психотерапии у 140 пациентов, известных ему только через результаты тестовых серий. Поэтому этот метод обладает огромной ценностью при постановке прогноза.

Метод Бэли опирается, с одной стороны, на «индивидуальную шкалу экзистенций», а с другой стороны — на «социальную шкалу» (таблица 29)**.

Индивидуальная шкала экзистенций

служит для того, чтобы вносить в схему отдельные профили, которые анализируются в тестовом протоколе на обнаруживаемые в них экзистенциальные формы и при этом оцениваются в прогностических баллах. Каждая из экзистенциальных форм имеет порядковый номер (1–17). В шкалах экзистенций Бээли экзистенции опасности не отделены от экзистенций защит.

Соответственно количественному проявлению какой-либо экзистенции закрашивается (или заштриховывается) такое же количество квадратов схемы. Для удобства расчетов VGP при этом закрашиваются красным цветом (или заштриховываются горизонтальными линиями), ThKP — синим (или косыми линиями), ЕКР — зеленым (или вертикальными линиями). На заключительном этапе в схему вносится общее число оцениваемых профилей в отдельных группах профилей (VGP, ThKP, ЕКР). Профили, которые одновременно относятся к двум экзистенциальным формам, помечаются в обоих соответствующих местах в виде поделенного диагонально квадрата.

Затем Бэли попытался выявить те экзистенциальные формы, которые в принципе могут использоваться для того, чтобы по ним можно было делать прогностические выводы. Он пришел к выводу, что наиболее четкие прогностические предсказания можно делать по тем экзистенциальным формам, которые появляются или только при терапевтически неблагоприятных случаях (№ 1, 4, 5, 8) или при наиболее благоприятных случаях (№ 12, 17).

Затем Бэли подсчитывал прогностический показатель Ef в позитивных и негативных «прогностических баллах», которые суммируются с баллами социальной шкалы в таблице 29.

* Beeli, A.: Psychotherapie-Prognose mit Hilfe der «Experimentellen Triebdiagnostik». Huber, Bern und Stuttgart, 1965.

** Beeli, A.: S. 99, Tabelle 15.

Таблица 29
Индивидуальная шкала экзистенций. Прогноз по А. Бээли

Фамилия:

Профессия:

Возраст:

Форма существования	Частота (число профилей)																				Прогностические баллы	
1. Препсихотич.																					VG ≥ 1 x	
2. Проект.-параноидн.																						
3. Инфлят.-параноидн.																						
4. Гебоидная																					VG ≥ 1x	
5. Кататониформная																					Σ ≥ 2x	
6. Депрессивная																						
7. Маниакальная																						
8. Психопатическая																					Σ ≥ 2x	
9. Перверсия																						
10. Инверсия																						
11. Ипохондрия																						
12. Навязчивая																					Σ ≥ 2x	
13. Эпи-пароксизм.																						
14. Истеро-пароксизм.																						
15. Орган-невротич.																						
16. Повседневная																						
17. Социальная																					Σ ≥ 1x	
Число оцениваемых профилей в	5					10					15										+	-
	VGP:					ThKP:					EKP:										Σ:	баллов

Социальная шкала

Социальная ценность (в баллах)	Частота (число профилей)																				Баллы социальности	
0																					+	-
-1																						
-2																						
-3																						
-4																						
-5																					Σ ≥ 5x	
-6																					VG ≥ 1x	
-7																						
-8																					Σ ≥ 2x	
-9																						
-10																						
Σ негативных социальных баллов в	5					10					15											
VGP: ThKP:	EKP:					Всего:					(≥ 90 = - 1; ≤ 70 = + 1)										Σ:	баллов

Прогноз	Шкала экзистенций	Социальная шкала
Благоприятный	+1 б. +2 б.	
	0 б.	От +1 б. до -2 б.
Неблагоприятный	0 б.	От -3 б. до -4 б.
	От -1 б. до -4 б.	

Социальная шкала

По аналогии с экзистенциальной шкалой, Бэли выделяет «социальную шкалу, в которой отображается, какие именно *негативные* социальные показатели появляются в тестовом протоколе, как часто и как они распределяются на VGP, ThKP и ЕКР». Здесь подход Бэли отличается от традиционного протоколирования социального индекса (см. рисунок 24), *отдельно* выявляя в тестовом табло социальную ценность каждого тестового профиля и учитывая только негативные показатели. И соответственно такому подходу социальная шкала у Бэли (таблица 29) посредством закрашенных или заштрихованных квадратов отражает то, как много *негативных* социальных показателей в баллах обнаруживается в тестовых профилях. В горизонтальной колонке мы видим показатели социальной ценности: 0 баллов, —1 балл, —2 балла и так далее до —10 баллов.

Три группы профилей (VGP, ThKP, ЕКР) отмечаются на схеме социальной шкалы Бэли различным цветом или штриховкой.

Внизу схемы необходимо зафиксировать сумму социально-негативных показателей, причем отдельно для каждой группы профилей, и уже в самом конце — общую сумму показателей для всего теста.

Прогностическая оценка

Таблица 30 показывает нормированные показатели (условия, выраженные в прогностических баллах), на которые необходимо ориентироваться при прогностическом оценивании экзистенциальных форм и социальной шкалы.

Таблица 30

Условия и прогностические показатели экзистенциальных форм и показателей социальной шкалы по А. Бэли

	Условие	Прогностическая оценка
<i>Экзистенциальные формы:</i>		
1. Навязчивая экзистенция	по меньшей мере 2 х на весь тест (= 3 х 10 профилей)	+ 1 балл
2. Социализированная/ гуманизированная экзистенция	по меньшей мере 1 х на весь тест	+ 1 балл
3. Предпсихотическая экзистенция	по меньшей мере 1 х в VGP	— 1 балл
4. Гебоформная экзистенция	по меньшей мере 1 х в VGP	— 1 балл
5. Кататониформная (аутодеструктивная) экзистенция	по меньшей мере 2 х на весь тест	— 1 балл
6. Психопатическо(-асоциальная) экзистенция	по меньшей мере 2 х на весь тест	— 1 балл
<i>Социальная шкала:</i>		
1. Профили с 6 и более социально- негативными показателями	а) по меньшей мере 1 х в VGP б) по меньшей мере 2 х на весь тест	— 1 балл — 1 балл
2. Профиль с 5 социально- негативными показателями	по меньшей мере 5 х на весь тест	— 1 балл
3. Сумма социально-негативных показателей во всем тесте (= 3 х 10 профилей)	= —70 и меньше = —90 и больше	— 1 балл — 1 балл

Бэли пишет об окончательном прогнозе:

«Методически необходимо еще сказать следующее: оказалось, что будет неправильно просто брать и суммировать полученные из шкал экзистенции баллы прогноза с баллами из социальной шкалы. (Используя такой способ мы, например, в таблице 14 для случаев 8 и 13 получили общий негативный, то есть неблагоприятный показатель прогноза). Скорее всего решающее значение здесь имеют баллы социальной шкалы. Социальная шкала образует дополнительный и относительно независимый показатель, который прогностически имеет важное значение в тех случаях, когда на основе шкал экзистенции невозможно определить точный прогноз. Практически это означает, что *показатели социальной шкалы мы должны всегда использовать в тех случаях, когда по шкале экзистенций мы получаем величину прогноза, равную 0.*

Таким образом, в виде таблицы можно представить следующую комбинацию результатов из экзистенциальной и социальной шкал (которые мы отныне будем называть «прогностические баллы» и «социальные баллы» — в отличие от «социальной ценности» отдельных профилей):

Прогностические баллы (из экзистенциальной шкалы)		Социальные баллы (из социальной шкалы)	Прогноз
Позитивные показатели	+ 1, + 2	любые	благоприятный
Нулевой показатель	0	+ 1, 0, -1, -2	благоприятный
Нулевой показатель	0	-3, -4	неблагоприятный
Негативные показатели	-1, -4	любые	неблагоприятный

Поэтому мы даем *плохой* прогноз только при негативных прогностических пунктах (от -1 до -4) с любыми социальными баллами и при 0 прогностических баллов с -3 и -4 социальными баллами. Социальные пункты от +1 и до -2 при 0 прогностических пунктов не сказываются на прогнозе отрицательно, он здесь будет «*благоприятным*». На таблице 29 изображен бланк подсчета по Бэли, на котором указаны все рубрики, необходимые для тестового прогноза, то есть шкала экзистенции, социальная шкала и шкала прогноза.

Таблица 31 показывает нам полностью заполненный бланк фиксации результатов Сонди-теста, проведенного с 30-летней работницей с «благоприятным» прогнозом по А. Бэли.

*

За неимением достаточной статистической базы данных сегодня истолкование и оценивание индивидуальных экзистенциальных форм проводится только на основе абсолютных частот, а таким образом, и пропорции выявляемых экзистенциальных форм тоже выражаются только в абсолютных числах. Бюрли считает, что статистически такое возможно только в тех случаях, когда можно предполагать, что 17 экзистенциальных форм среди всего населения распределены примерно с равной частотой, и каждая из них имеет примерно одинаковое диагностическое значение.

Однако это не соответствует действительности. Поэтому, исходя из исследовательского материала Бэли и *своего собственного*, Бюрли провел схожие или по меньшей

Таблица 31

Передопределенные профили (ППО) ↓

№	соц. значение	2S2	2P3	3Sch4	4C4	Σ	Σ ±	Форма 24 экзистенции
		h s e hy k p d m						
1	5	○	+	+	○	+	+	2 6
2	3	+	+	+	○	±	+	9
3	3	+	+	○	±	+	○	14
4	3	+	+	○	±	+	±	3
5	2	+	○	±	±	±	±	10 12
6	1	○	+	±	±	○	+	12
7	2	○	+	±	±	○	±	14
8	1	+	+	±	±	○	○	9 12
9	2	○	+	±	±	○	±	6 14
10	2/24	○	+	±	±	○	±	14
Σ 0	5	1	5	1	4	6	2	28
Σ ±			7	4	1	5	1	18
Ур. нар. тип	5	1	5	8	7	7	5	46
Век. нар.	3				3			Σ 6
Dur	1	○	0	○	6	○	7	14
Moll	12	+	10	+	4	+	6	32
Σ Соц. +	0		9	+	6	±	7	22
Σ Соц. -	13	-	1		4	±	6	46
Инд. соц.								48%

Обсчет в линейной системе побуждений
Формула побуждений

$$\frac{hy_s^0 k_s^0 p_s^0 d_s^0}{k_s^0 e_s^0 m_s^0} \cdot \frac{1}{s_1^1}$$

♀ 30 лет
учительница
рукоделия

Пропорция летностей

$$\frac{Ss^{-1}}{4} : \frac{Pe^{+}}{3} : \frac{Cm^{-+}}{2} : \frac{Schp^{+}}{1}$$

Класс побуждений: трехвентильный

Теоретические комплементарные профили (ТКП)

№	соц. значение	S	P	Sch	C	Форма экзистенции
		h s e hy k p d m				
1	4	±	+	+	+	M1 10
2	4	+	+	+	+	LM6 10
3	3	+	+	+	+	2 13
4	2	+	+	+	+	10 12
5	1	+	+	+	+	L 9
6	1	±	±	±	±	Mz 13
7	1	±	±	±	±	L 10 13
8	4	+	+	+	+	LM6 13
9	2	±	±	±	±	LMz10 13
10	2/24	±	±	±	±	LMz10 13
Σ Соц. +	6		5	4	5	20
Σ Соц. -	7		5	6	6	44
Инд. соц.						45%

Эмпирические комплементарные профили (ТКП)

соц. значение		2S2	2P3	3Sch4	4C4	25 форма экзистенции	49					
№	значение	h	s	e	hy	k	p	d	m			
1	11	2	+	○	+	-	+	-	+	M+5 11		
2	9	2	○	+	+	+	±	-	○	± 10		
3	9	3	±	○	-	±	○	-	+	+	2 13	
4	7	2	-	○	+	+	-	±	+	L11 13		
5	6	3	±	-	±	○	○	+	+	-	3 6	
6	4	2	±	○	-	○	-	+	+	+	L10 13	
7	8	5	+	+	-	-	○	-	±	○	-	M10 13
8	9	4	-	+	○	○	-	±	±	±	LMz 14	
9	7	3	-	○	+	○	-	-	±	○	±	L 14
10	5/28	2	-	○	±	○	-	+	±	±	LMz10 14	
Σ 0		5	1	5	1	4	6	2	4	9		
Σ ±					7	4	1	5	1	36		
Ур. нар. тип										35		
Век. нар.		5		1		1	1			Σ 18		
Dur		9	○	5	○	1	○	1	○	2	17	
Moll		6	+	6	+	11	+	8	+	31	18	
Σ Соц. +		6	+	5	8	+	1			20		
Σ Соц. -		9		6	4	9	-			48		
Инд. соц.										42%		

Форма существования	Частота (число профилей)	Прогностические баллы
1. Препозитив.		VGz 1x
2. Прокт.-		
3. Инфилт.-		
4. Гобокция		VGz 1x
5. Кататимфрия		Σ ≥ 2x
6. Депрессивная		
7. Маниакальная		
8. Психопатическая		Σ ≥ 2x
9. Паранойя		
10. Инверсия		
11. Ипохондрия		
12. Невротизм		Σ ≥ 2x
13. Эпипароксизм		
14. Истеро-пароксизм		
15. Орган-невротизм		
16. Псевдоинверсия		Σ ≥ 1x
17. Социальность		Σ: +1 баллов
Число суммируемых профилей в	VGP: 10 ТКР: 10 ЕКР: 10	

Социальная ценность (в баллах)	Частота (число профилей)	Баллы социальности
0		+
-1		-
-2		
-3		
-4		
-5		Σ ≥ 5x
-6		VGz 1x
-7		
-8		Σ ≥ 2x
-9		
-10		
Σ негативных социальных баллов в VGP: 24 ТКР: 24 ЕКР: 28	Всего: 76 (≥ 90 - 1; ≤ 70 = + 1)	Σ: 0 баллов

Прогноз	Шкала экзистенций	Социальная шкала
Благоприятный	+1.6. +2.6.	X
Неблагоприятный	0.6.	От +1.6. до -2.6.
	0.6.	От -3.6. до -4.6.
	От -1.6. до -4.6.	

Таблица 32
Нормированная шкала экзистенций. Округленные ожидаемые показатели
из 30 экспериментов (соответственно с 10 VGP, ThKP, EKP) по Бюрли*

Экзистенциальная форма	Нормированная частота	Экзистенциальная форма	Нормированная частота
1. Предсхотическая	0,5	10. Инверсия	2
2. Проективно-параноидная	2,5	11. Ипохондрия	2,5
3. Инфляционно-параноидная	2,5	12. Навязчивая	2,5
4. Гебоформная	0,5	13. Эпи-пароксизмальная	4,5
5. Кататониформная	0,5	14. Истеро-пароксизмальная	3
6. Депрессивная	2,5	15. Органо-невротическая	1
7. Маниформная	0,5	16. Средняя	1,5
8. Психопатическая	1	17. Социализирующая/гуманизированная	0,5
9. Перверсная	1		

мере комбинированные выборочные исследования, чтобы найти *предварительные* статистические нормы «индивидуальных шкал экзистенций». Это должно позволить учитывать влияние их частоты встречаемости на экзистенциальные формы**.

Таблица 32 показывает нормированные величины шкалы экзистенций по Бюрли (1971).

Надеемся, что это «предварительное» нормирование Бюрли в будущем сможет довести до «окончательного». Конечно, при нормировании необходимо располагать очень большим *гомогенным* материалом в каждой возрастной ступени, в каждом социальном классе, расе, нации, религии и т. д. Также при нормировании *нельзя* использовать случаи с манифестными невротическими, психосоматическими, психопатическими и латентными или манифестными психотическими компонентами, как это делал Бюрли при «предварительном» нормировании***.

*

Учитывая существующие источники ошибок и явно недостаточный материал в области исследования экзистенциальных форм, будет более понятно мое желание столь строго ограничить круг психологов, которые могут работать с этим методом.

* Bürli, A.: Häufigkeit der Existenzformen im Szondi-Test. Psychologie, Bd. 30, 1971. H.2. S. 106.

** Там же, стр. 102.

*** Там же, стр. 105.

ПРИЛОЖЕНИЕ III

СТУПЕНИ РАЗВИТИЯ Я

Мы уже упоминали о том, что по желанию некоторых читателей мы решили опять включить в новое издание материал о ступенях развития Я, которые фигурировали в первом издании этой книги (1947), а потом были исключены во втором (1960 г.).

На онтогенетической основе шестнадцать картин Я были распределены *на шесть главных ступеней*, обозначенных большими буквами алфавита *A, B, C, D, E и F*. Внутри этих шести главных ступеней арабскими цифрами 1–4 и строчными буквами *k* и *p* обозначались соответствующие подступени.

Шестью главными ступенями развития Я являются:

- A** : Ступень *детских* (инфантильных) и *инволюционных* функций Я
- B** : Ступень функций Я во второй *пубертатный период* (от 13 до 20 лет)
- C** : Ступень функций Я адаптирующегося *обычного человека*
- D** : Ступень функций Я *нарциссического человека*, желающего *все иметь* (*k*) и *всем быть* (*p*); при *S* – – или – 0 это будет *социализация* или *сублимация*
- E** : Ступень функций Я *идентификации, социализации и сублимации*
- F** : Ступень функций Я *интеграции и дезинтеграции*

Таблица 33 содержит сведения о подступенях главных ступеней в эго-системе ABC.

Применимость ступеней системы ABC при изучении развития эго-функций подтверждается таблицей 34, в которой показана процентная частота пропорций подступеней и главных ступеней развития Я в течение жизни.

Для получения этих таблиц мы использовали результаты тестирования 2154 индивидов из Венгрии (1947), которые не имели отклонений и, таким образом, хорошо подходили для нормирования показателей.

Внимательно изучая таблицу 34, можно выявить следующее:

Онтогенетически выделяются три больших периода в функционировании Я в течение жизни.

I. Первый, или *A-период*, длится (предположительно) от младенческого возраста до времени поступления в школу (7–8 лет). В этом периоде жизни доминирует одна из главных эго-ступеней, называемая *A*, то есть *инфантильная, тотальная проекция*, актуализация притязаний влечений во внешний мир, *партиципация* с матерью и *недоверие* ко всему тому, что «не-мать», то есть является чужим. Я здесь склонно к *аутизму*.

II. Второй, или *B-период*, продолжается от поступления в школу до выбора профессии (с 7–8 до 21–30 лет). Ведущими в этот период являются эго-функции

Таблица 33. Обзор шести основных ступеней и 16 подступеней развития Я

Главная ступень	Sch №	Подступень	Обозначение k p	Функции Я	Возможности проявления
A	4 9	A ₁ A ₂	0 - + -	Тотальная проекция Интропроекция	а) Партиципация б) Параноид Аутизм
B	3 10	B ₁ B ₂	- 0 - +	Отрицание Отрицаемая инфляция	Вытеснение Подавление
C	6	C _k C _p	- > - - < -	Отрицание > проекции Проекция > отрицания	Адаптация = муштра Адаптация с обвинением
D	5	D _k D _p	+ > + + < +	Интроекция > инфляции Инфляция > интроекции	Скорее <i>иметь</i> , чем быть Скорее <i>быть</i> , чем иметь
E _k	1	E _{k1}	+ 0	Тотальная интроекция	Идентификация (профессия и т. д.)
	7	E _{k2}	± 0	Интро-отказ	Навязчивость, мужественность
	14	E _{k3} = B ₂ D	± +	Инфляция парализуется навязчивостью	Например, каторжный работник
	12	E _{k4} = A ₂ C	± -	Проекция парализуется навязчивостью	Я беглеца
E _p	2	E _{p1}	0 +	Тотальная инфляция	Одержимость, расширение Я
	8	E _{p2}	0 ±	Инфляция + проекция	Брошенность, женственность
	13	E _{p3} = A ₂ D	+ ±	Интроекция + инфляция + проекция	Принятие фрустрации (кастрация)
	11	E _{p4} = B ₂ C	- ±	Отрицание + инфляция + проекция	Отчуждение, деперсонализация
F	15	F ₁	± ±	Тотальная интеграция всех 5 функций Я	Предчувствие катастрофы, Pontifex-Я
	16	F ₂	0 0	Дезинтеграция	Я перемен, потеря Я, сумеречное состояние

отрицания — *k* (например, вытеснение) и *инфляция* (+ *p*), которая тем не менее отрицается. Доминирует *подавление*.

В то время как В-функции достигают в предпубертатности и в конце периода созревания (17–20 лет) своей максимальной процентной частоты, частота эго-функций А заметно идет на спад.

III. Третий, или *С-период* в развитии Я длится с возраста создания семьи (31–40 лет) и до старческого возраста. Это период муштры или приспособления, все более выраженного с годами. *Приспособление* означает, что персона способна отказаться от заявленных во внешнем мире притязаний.

Процентная частота достигает:

в 31–40 лет: 29,1%

в 41–60 лет: 40,3%

в 61–70 лет: 43,0%

в 71–80 лет: 54,2%

Как мы видим, эго-функции А, начиная с 60-го года жизни, перемещаются на второе место, а эго-функции В вытесняются на третье.

Таблица 34
Среднестатистическая частота пропорций эго-картин
Ступени Я в различные периоды жизни

Случаи n =	Возраст	Период жизни	Частота появления (в %)								
—	0—1	Возраст младенца от рождения до отлучения от груди:	A	A ₁ , E ₂ (теоретически допускаемая)							
—	1—2	Возраст после отлучения от груди:		E ₂ (теоретически допускаемая)							
75	3—4	Первая, инфантильная пубертатность, период упрямства:	A 37,3	B 18,6	C 18,6	E 18,6	F 4	D 2,7			
150	5—6	Детсадовский возраст:	A 32,7	B 26,7		C 20,0	E 14,1	F 4,7	D 2,0		
100	7—8	Возраст поступления в школу:	A 38,0	C 25		B 16	E 7,2	F 4	D 0		
125	9—12	Предпубертатный период:	B 35,3	A 24,6		C 18,6	E 15,3	F 5,3	D 0,7		
200	13—16	Вторая, подростковая пубертатность:	B 25,5	C 22,5	A 22,5	E 17,5	F 7	D 5			
275	17—20	Возраст созревания:	B 39,6	C 22		A 14,4	E 12,1	F 9,6	D 2,3		
300	21—30	Возраст выбора профессии и начало карьеры:	B C 29 28,3	A E 15 15		D 7,1	F 6,7				
300	31—40	Возраст создания семьи:	C 29,1	B 25,1		A 23,1	E 16	F 4,5	D 2		
250	41—60	Климактерический период:	C 40,3	B 23,7		A E 15 15	F 4,4	D 1,7			
250	61—70	Начало старческого возраста:	C 43	A 23		B 14	E F 9 9	D 2			
			66								
84	71—80	Старческий возраст:	C 54,2	A 34,7		B 7	E 4,7	F 0	D 0		
			88,9								
45	81—90	Глубокая, преклонная старость	C 52	A 30		B 12	E 4	F 2	D 0		
			82								
Σ=2154											

IV. Эго-ступени F и D во все без исключения жизненные периоды являются *наиболее редкими*. Эти данные имеют как социально-позитивное, так и социально-негативное значение. Тот факт, что предчувствие катастрофы и дезинтеграция (F_2), как и тотальный нарциссизм (D) среди обычных людей появляются относительно редко, можно оценивать положительно. И наоборот, те же самые данные могут говорить о социально-негативном положении дел — более высокий уровень интеграции (F_1) и более высокая степень социализации и сублимации стремления все иметь и всем быть (D) не является столь уж распространенным явлением среди всего населения.

*

До сих пор еще не были определены ступени развития ABC в других трех векторах S, P и C. Это придется наверстать в будущем, так как, имея перед собой четырехвекторную систему развития ступеней ABC, можно сделать гораздо более понятными глубокие отношения между судьбами сферы Я и судьбами влечения.

ПРИЛОЖЕНИЕ IV

ГЛАВЫ ИЗ КНИГИ В. ХУТА «ВЫБОР И СУДЬБА»

HUBER, 1978 г.

СУДЬБОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Предпосылки со стороны пациентов, необходимые для проведения судьбоаналитической психотерапии

Целью судьбоаналитической терапии является помощь пациенту в выборе лучшей для него судьбы — лучше той, которую он проживал до сих пор. Для этого мы должны добавить к целям психоаналитического лечения, поставленным Фрейдом, еще более трудную задачу, а именно обучение пациента умению правильно осуществлять выбор, причем во всех областях существования. Так как соответствующий метод отличается от классической психоаналитической техники, то Сонди называет его косвенным методом. Различные формы существования причисляются к четырем областям: эго-сфере, сексуальности, аффективности и контактам. При этом определенной группе экзистенции опасностей соответствует противостоящая специальная экзистенция защит:



Выделение экзистенций защит связано с тем, что сфера Я защищает не только опасности влечений в традиционном для психоанализа смысле, но одновременно и лежащие за ними шизофренические, маниакально-депрессивные и прочие «притязания предков». Такого рода защита включается не сама по себе, а актуализируется в зависимости от опасности в виде навязчивой, сублимированной, виновной или социализированной экзистенциальной формы.

Хотя предоставляющие защиту экзистенциальные формы в определенных обстоятельствах тоже приводят к характерным искривлениям, застреванию или выпадению

функций, или даже могут вызывать мучительные симптомы типа ипохондрии, фобии или навязчивостей; или же гарантируют исключительно серое, бесцветное существование наподобие формы жизни приспособляющегося, вымуштрованного человека (Sch — —), который отрицает свои притязания на participation, на единение и равенство со значимым объектом, как и на мир своих желаний и на свое стремление к власти, ограничиваясь чаще всего реализацией себя в области чувственной, плотской любви (S + +), тем не менее, и тут человек часто вынужден отказываться, как он по привычке делает это по отношению к своим каиновским притязаниям. Аналитик должен знать, что симптомы, являющиеся защитной экзистенцией, нельзя просто подвергать изменению посредством психотерапевтического или мировоззренческого-воспитательного энтузиазма. В определенных обстоятельствах они могут оказаться предупреждающими сигналами, заставляющими быть более внимательными и подвергать соответствующий случай более углубленному исследованию. Может оказаться, что Я пациента в данный момент уже осуществило лучший выбор из имеющихся в его распоряжении экзистенциальных форм.

О патологическом выборе Я мы должны говорить в двух случаях:

- если выбранная экзистенциальная форма перестала соответствовать возрасту пациента и если персона зафиксировалась или даже застряла на этой экзистенциальной форме;
- если выбирается возможность семейного бессознательного, ведущая к навязчивому воспроизведению жизни в патологической экзистенциальной форме.

В первую группу попадают названные Фрейдом неврозы переноса, хорошо доступные психоаналитическому лечению (истерия страха и конверсионная истерия, психотравматический невроз навязчивости, перверсии). Ко второй группе относятся те психические страдания, которые, по мнению Фрейда, приводят к «незавершаемому анализу». Судьбоаналитическая психотерапия прежде всего занимается этой второй группой, то есть унаследованными неврозами.

При любом виде психотерапии в динамике психической жизни всегда необходимо обращать внимание на то, как распределяются пропорции между защитными экзистенциальными формами и экзистенциальными формами опасностей. Думаю, не стоит говорить еще раз о том, что защитные экзистенциальные формы не идентичны с механизмами защиты, а имеют более важное значение. Если под экзистенциальными формами понимаются особые формы существования, то в случае механизмов защиты речь идет о бессознательно протекающих эго-функциях, то есть об исходящих от Я процессах, защищающих от приносящих опасности аффектов и притязаний влечений.

Отношения между экзистенциальными формами, расщеплением Я и механизмами защиты будут следующими (рис 1.):

Отдельным защитным экзистенциям приписываются специфические механизмы защиты, причем последние выводятся из различных функций Я. При этом Сонди находит вместо 10 механизмов защиты, описанных Зигмундом и Анной Фрейд (и трех дополнительных, так называемых «предварительных ступеней» защиты) — 16 механизмов. Среди механизмов защиты З. и А. Фрейд называют вытеснение, регрессию, реактивные образования, изоляцию, вытеснение, проекцию, интроекцию (идентификацию), обращение против собственной персоны (мазохизм), обращение

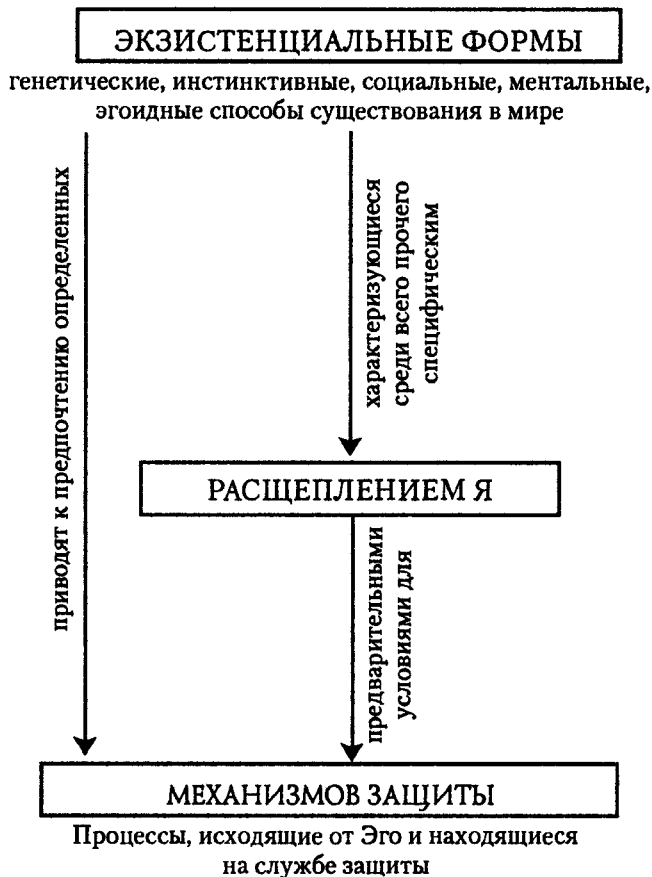


Рис. 1

в противоположное и сублимацию (смещение цели влечения); «предварительными ступенями защиты» являются: отрицание в фантазии, на словах и действием, как и ограничения Я, чрезмерное избегание любых неприятных или опасных ситуаций.

Сонди разделяет 16 механизмов защиты на пять групп:

- пять *проективных* механизмов защиты: тотальная проекция ($0\ k - p$), инфлятивная проекция ($0\ k \pm p$), интроективная проекция ($+ k - p$), удерживаемая навязчивостями проекция, то есть реакция бегства (фуги) ($- k \pm p$), подавленная проекция, то есть отчуждение (алиенация) ($- k \pm p$);
- четыре *инфлятивных* механизма защиты: классическим механизмом защиты здесь является тотальная инфляция ($0\ k + p$). Три других инфлятивных механизма защиты Сонди объединяет названием «дефляция»: дефляция в результате интроекции, то есть интроективная инфляция ($+ k + p$), дефляция в результате навязчивости, навязчивая дефляция ($\pm k + p$), дефляция в результате отрицания, то есть подавление ($- k + p$);

- три *интроективных* механизма защиты: тотальная интроекция, при которой доминирует притязание на власть, желание все иметь ($+k \pm p$), инфля-проективная интроекция, то есть предварительная фаза тотальной интро-екции, выражающаяся в форме покинутости и женственности ($+k \pm p$), а также интро-отрицание, механизм защиты навязчивостью ($\pm k 0 p$);
- два *отрицающих* механизма защиты: тотальное отрицание, то есть вытеснение ($-k 0 p$), кроме того, проективное отрицание, то есть приспособление ($-k - p$);
- интегрированный ($\pm \pm$) и дезинтегрированный ($0 k 0 p$) механизмы защиты.

Степень возможности оказать влияние посредством воспитания или психотера-пии на факторы влечений.

1. *Относительно легко повлиять на:*

- потребность накапливать в себе (вплоть до появления пароксизмов) ярость, ненависть, гнев, мстительность, зависть и ревность, чтобы потом их взрывоподобно разряжать (e);
- стремление к садизму, удовольствие совершать агрессивные поступки (s), другими словами, агрессивным тенденциям можно легко научиться, в этом деле больше сказываются вредные воздействия со стороны окружения, чем наследственность. Человек легко превращается в деструктивное существо из-за того, что окружающая его среда деструктивна;
- тяга к анальности, то есть удовольствие вымазывать все грязью, а также желание присваивать себе чужие объекты (d).

2. *С большим трудом удастся оказать влияние на:*

- стремление к расширению Я, то есть на стремление к власти бытия и к рас-ширению своей личности, а в культурном смысле — на стремление к духов-ности (p);
- удовольствие проявлять и принимать нежность, на онтогенетическую предрасположенность к бисексуальности (h), то есть научить любить удастся в гораздо меньшей степени, чем научить быть агрессивным, человек или способен на любовь, или нет; наиболее трудно повлиять на стремление к обладанию, на эгоизм, эгоцентризм и нарциссизм или, иначе говоря, на способность подвергать все проверке на реалистичность и посредством реалистического чутья занимать правильную позицию по отношению к эго-расширяющим p -тенденциям. Поэтому Сонди на-зывает фактор k «железобетонным фактором».

Предварительные условия, касающиеся аналитика, выполнение которых необходимо для проведения судьбоаналитической психотерапии

Любому виду психотерапии должно предшествовать тщательное определение показаний. Поэтому до ее начала необходимо иметь на руках историю жизни пациента. Идеальным здесь было бы составленное домашним врачом генеалогическое

древо семьи и десятисерийный эксперимент с Сонди-тестом, проводимый по возможности другим психологом, не тем, с которым будет потом проводиться психотерапия. Во время последующих лечебных сеансов аналитик должен постоянно держать в голове или на столе данные влечений, чтобы сравнивать высказывания и свободные ассоциации анализируемого пациента с данными тестирования. Естественно, такой подход, и даже выявление объективных данных, вызывает возражения со стороны некоторых специалистов. Согласно некоторым источникам*, обычно говорится, что:

- диагноз еще не позволяет получить сведения о показаниях;
- ненадежным оказывается оценка абсолютных количественных взаимоотношений между влечениями и сферой Я;
- проведение диагностических исследований отрицательно влияет на формирование переноса.

Вероятность успеха будет больше у того аналитика, который соответствует определенным генотропичным и эгоидным требованиям: он и анализируемый человек должны быть родственниками по выбору, то есть генотропично связанными персонами (еще Фрейд указывал на то, что ему трудно представить лечение персоны, которая не смогла бы пробудить у него симпатию при более близком знакомстве**, так как не только в любви и дружбе, но и в психотерапии тесное генетическое родство обеспечивает достаточно большую глубину партиципации. Создание парципативного дуалюньона является *condition sine qua non**** для лечения определенных болезней, например, расстройств в форме шизоформных расщеплений, как это было показано применением терапии принятия (П. Федерн, Розен, Бенедетти, Сечехай и т. д.). Но, конечно, такой техники будет недостаточно для излечения, так как, хотя она и заботится о включении самой первой элементарной функции — партиципации, здесь упускаются другие важные функции.

Аналитик должен не только позитивно относиться к своему пациенту, но и быть способным в любых обстоятельствах проецировать на анализируемого им пациента Я, готовое к отказам, побуждая пациента к постепенной интроекции такого Я. Это требует знания особой техники и, кроме того, особой настроенности аналитика. Так что, как видите, одного только правильного технического применения аналитических способов мышления будет явно недостаточно. Сонди требует от аналитика установки, которую гуманистические психотерапевты поставили в центр лечения: «уважение и внимание, подлинность и искренность»; только Сонди использует эту установку, как и способность к вербализации, в качестве фона для дифференцированной способности к истолкованию, а при необходимости — и для активного вмешательства в ход терапии.

* Parin P. Die Indikation zur Analyse. Psyche Bd. XII. 1958. S. 370.

** Freud, S.: Gesammelte Werke. Bd. I, S. 264.

*** Необходимое условие (лат).

Практика судьбоаналитической терапии

Задачи судьбоаналитической терапии определяются тем фактом, что при возникновении болезней судьбы одну из решающих ролей играют бессознательные выборы. Именно отсюда следует то, что:

1. В судьбоаналитической терапии пациент входит в конфронтацию со своими провоцирующими болезнями предками (прежде всего при помощи так называемых «сновидений предков»).
2. Больной пациент начинает замечать, что на его выборы профессии, любви, а часто и болезни оказывают влияние предки.
3. Затем пациент открывает в себе и так называемых «здоровых» предков. Поскольку это позволяет реальность, он учится осуществлять самостоятельные выборы объектов любви, дружбы, работы и своего характера на основе структуры влечений своих здоровых предков.
4. Терапия судьбы заканчивается только тогда, когда пациент посредством свободных выборов в любви, дружбе, профессии и характере вступит на путь лучшей судьбы. Чтобы объяснить такую позицию наглядно, приведем два примера из практики Л. Сонди:

Случай 1: Учитель страдал от инстинктивного побуждения эксгибировать перед молодыми девушками. На психотерапевтических сеансах он обнаружил, что обладает семейно укорененной одаренностью к искусству скульптора. Учитель обменял свое «генитальное» эксгибирование на «демонстрацию» своих художественных работ.

Случай 2: 38-летний оптовый торговец страдал от псевдостенокардии. На классических (пассивных) психоаналитических сеансах ему стало понятно, что в приступах так называемой стенокардии он копирует поведение утопленной кошки, которую он — вместо матери — бросил в воду в четыре года, после того как мать оставила его одного в приюте, а сама уехала. Через пять месяцев классических психоаналитических сеансов в результате обнаружения этих взаимосвязей у пациента исчезли приступы его стенокардии. Но освобождение от симптомов в клиническом смысле еще не означает излечение в судьбоаналитическом смысле. Как следствие специфики взаимоотношений с матерью, он женился на женщине, которую он точно так же обманывал, как это прежде делала мать по отношению к отцу. Кроме того, из-за плохого ведения дел в своей оптовой торговле пациент оказался втянутым во многие судебные процессы (его единственная родная сестра жила посредством того, что постоянно «выкачивала» из него деньги). Теперь пациент захотел сменить профессию. Сонди начал проводить с ним судьбоаналитическую терапию. У пациента начали появляться сновидения, в которых фигурировали два дяди с отцовской стороны, бывшие знаменитыми врачами. Через четыре месяца терапии тогда уже 38-летний пациент задался вопросом, а не хочет ли он сам стать врачом. Он стал изучать в университете медицину, стал психиатром и аналитиком, и уже десять лет с большим успехом занимается психотерапией.

Несмотря на то, что подход судьбоаналитической терапии выглядит очень гуманно, сам по себе метод вызывает много возражений. Его называют слишком

жестким и чрезмерно активным, предостерегая психологов от увлечения им*. Но не столько метод Сонди является жестким, сколько та динамика, под воздействием которой бесчисленное количество людей страдает или превращается сегодня в психических «калек».

Применение судьботерапии предполагает, что психологи должны обладать основательными теоретическими и практическими познаниями в области психоанализа и психиатрии, а кроме того, психологи не должны сами сражаться со своим семейным бессознательным. Если аналитик сам подвергся детальному анализу «не только по отношению к персонально вытесненному бессознательному, но и по отношению к своему семейному бессознательному, то он действительно способен прочно, безопасно и уверенно удерживать в своих руках канат, по которому он опускает пациентов в глубины их семейного бессознательного. Первым и последним условием даже на будущее остается следующее: аналитик должен сам стать объектом судьбоанализа, чтобы осознать свое собственное семейное бессознательное и устранить проблемы, вызываемые им»**.

Концепция судьбоаналитической терапии. Главная проблема здесь заключается в том, каким образом индивид должен управлять диалектически сконструированной «вращающейся сценой» унаследованного материала, представленного в форме функций влечений и защит, чтобы в результате на переднем плане долгое время могли находиться не-шизофренические части, не-маниакально-депрессивные, не-эпилептические, не-перверсивные компоненты личности. Для реализации таких задач в судьбоанализе имеются следующие возможности:

- 1) включение бездействующей элементарной функции в нормальную орбиту психической жизни;
- 2) активное заполнение патологически функционирующей элементарной функции социально приемлемым содержанием;
- 3) мгновенное, шокирующее или постепенное обращение частей расщепления, если противоположная часть более выносима, чем та, что действует сейчас на переднем плане (например, навязанность работать вместо паранойи, подавленность вместо аутизма, интроекционный невроз вместо отчуждения, пароксизмальность на месте инфлятивной мании величия и т. д.);
- 4) замена большой экзистенциальной формы на менее разрушительное побочное существование (например, навязчивости вместо шизофрении или ипохондрия вместо психоза и т. д.);
- 5) у подростков отщепленные элементарные функции со своим не использованным инстинктивным содержанием могут проживаться в социальной форме посредством адекватного выбора профессии.

«Косвенные пути лечения» судьбоанализа являются не противоположностью классической психоаналитической техники, а ее дополнением. Посредством понятия «косвенная терапия» Сонди хочет показать отличие своего метода от «прямой»,

* Pongratz L.J.: Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Psychologische Grundlagen der Psychotherapie. Göttingen, 1973. S. 258.

** Szondi L. Szondiana II. S. 22–23.

«классической» техники, в которой психотерапевт посредством ассоциативного метода нацелен на прямую работу с тем провоцирующим болезнью психическим конфликтом, который он считает ответственным за возникновение актуального психического заболевания, и особенно за возникновение симптома. Содержание судьбоаналитической терапии является комбинацией классической психоаналитической терапии, осознания семейного бессознательного посредством «активной» техники и Я-анализа. Показания для судьбоаналитической терапии:

1. После длительной пассивной фазы (самое меньше 100 сеансов классического анализа) без всякого сомнения обнаруживается серьезная опасность провала и неудачи анализа. Характерным симптомом подобного рода провала является так называемое «появление дыр». Под этим подразумевается следующее: пациент, который до сих пор при истолковании сновидений непрерывно давал необычайно содержательные и ценные ассоциации из глубины своего персонально вытесненного бессознательного, неожиданно становится неспособным на это. Его ассоциации становятся слишком поверхностными, разрывается цепочка ассоциаций с бессознательным. Одной из причин такого рода «появления дыр» является неожиданное столкновение пациента с унаследованными «притязаниями предков», что обычно провоцируется самой техникой анализа. Формы столкновения с такого рода наследственными притязаниями могут быть разными: один пациент спокойно отнесется к их появлению в ходе анализа и сам скажет: «Я словно бы стою перед какой-то дырой и не могу идти дальше». Другой человек не будет замечать появление такой дыры и продолжит приводить поверхностный материал, часто носящий характер логических и интеллектуальных банальностей. Но в любом случае появление дыр — больше, чем обычные перебои в ходе анализа, которые на какое-то время появляются практически на каждом сеансе. Дырой какой-либо перебой в анализе становится только тогда, когда поверхностность континуума ассоциаций затягивается на недели или месяцы. Это может привести к провалу лечения или удвоению его срока, или даже к его утрате.

2. Другое показание к применению судьбоаналитической терапии появляется там, где судьбоаналитик по особому поведению анализируемого пациента замечает, что анализ сталкивается с препятствиями не от персонального сопротивления, а от более глубоко заложенных доличностных элементов, вклинивающихся в ход анализа. Чаще всего последние будут иметь следующую природу:

- а) вторжение в аналитическую ситуацию пароксизмальной, эпилептиформной защитной деятельности (Aura epileptica, Fuga epileptica, а часто и сильные агрессивные желания по отношению к аналитику). Эти симптомы ауры и фуг являются хорошо известными предвестниками эпилептического приступа. Чаще всего они сопровождаются стоном, глотанием воздуха, удушьем. Но до действительно тотального припадка с тоническо-клоническими судорогами дело обычно не доходит;
- б) приступ астмы;
- в) появление истерических судорог в виде неудержимого смеха или плача, опистотонус^{*};

* Судорожное очоление мышц спины с обращенностью шеи и туловища назад (например, при менингите) (греч., лат.)

- г) неожиданное появление псевдогаллюцинаций и иллюзий сенсорного характера;
- д) параноидно-бредовые идеи обвинения, преследования, ущерба, отношения, наблюдения или мания величия неожиданно появляются у больных, которые до этого не были склонны к подобным бредовым представлениям. Поэтому на какой-то период такие пациенты становятся «безумными» на сеансе.

Отношение судьбоаналитика к этим неожиданным вторжениям патологических симптомов на сеансе перестает быть пассивным. Посредством определенных методов пациент стимулируется к максимально сильному отреагированию, но, конечно, это происходит только в условиях ограниченного времени, да и то если до этого пациент достаточно длительное время анализировался посредством классической техники. Это означает, что пациента просят без всякого смущения и задержек как можно чаще проживать свои «приступы». Эти «приступы» пациент должен пережить осознанно, под контролем своего Я и в присутствии аналитика.

Такое отклонение от классической техники связано с тем, что наследственно эго-расстроенные пациенты оказываются не способными на доведение до конца ортодоксально-психоаналитической терапии, так как там, где они должны ассоциировать, они очень сильно «проигрывают», реагируют. Таким образом свои аффективные импульсы или свои бессознательные фантазии они непосредственно переводят в действия, так как не способны к их смещению. Сопротивление здесь исходит от бессознательной защиты Я против вырывающихся на сцену больных фигур предков. Так как Сонди усматривает в семейном бессознательном ядро бессознательного, в таких случаях он говорит о «ядерном сопротивлении».

Лечение длится от полугода до нескольких (как правило, трех) лет. Внешние рамки лечения отличаются от традиционных, так, например, лечебный сеанс длится в два раза дольше, терапия проходит в затемненной комнате.

Для выявления заднеплановых наследственных притязаний, вслепую определяющих жизнь своего носителя, в распоряжении судьбоаналитиков имеется четыре метода:

- 1) судьбоаналитическое истолкование сновидений;
- 2) специальная техника свободных ассоциаций, опирающаяся на технику контротреагирования и служащая, как и проработка сновидений предков, для осознания притязаний предков. Сонди создал эту технику посредством двух модификаций классического ассоциативного метода:
 - 1) пациенту представляют слово, предложение или фрагмент из сновидений, которые могут быть связаны с патогенной ситуацией пациента; причем из них составляют целый последовательный ряд проводящих стимулов, которые должны проникать все глубже в бессознательное;
 - 2) «активный ассоциативный метод удара молотом» с вторжением в психику пациента посредством:
 - а) эхоподобного повторения каждой ассоциации;
 - б) итеративного (неоднократного) повторения одного-единственного слова из цепочки ассоциаций, оно повторяется бесчисленное число раз, пока анализируемый пациент не откажется от своего сопротивления и комплекс,

мучительное переживание, сам симптом или целый ряд симптомов какой-либо латентной наследственной болезни (эпилепсия, паранойя, кататония и т. д.) не появятся перед аналитиком, и

- с) комбинация обоих методов с подчеркиванием стимульного слова наподобие удара молота и с непереносимым ускорением темпа предъявления слов-стимулов.

Обе техники имеют «психошоковое» воздействие. Если пациенту удастся в результате применения судьбоаналитической проработки сновидений и ассоциативной техники вчувствоваться на кушетке в своих ранее бессознательных и больных предков, создающих ему помехи в жизни, и даже на какой-то момент — на лечебном сеансе под контролем своего сознания и в присутствии аналитика — самому стать эпилептиком или шизофреником, то пациент начнет постепенно понимать, что речь тут идет о его собственных, ранее им вытесяемых, возможностях судьбы. Пациент начинает понимать, что он может безо всякого страха переносить вторжения семейного материала в свою душу, что он может занимать по отношению к семейному бессознательному суверенную позицию. В итоге пациент должен научиться удалять стоящие за этими вторжениями возможности в профессиональной деятельности или в какой-либо другой социальной активности. Психошоковая терапия воздействует так же, как и любая другая шоковая терапия: в результате искусственного обращения на передний план перемещается заднеплановая половина личности, а переднеплановая опускается на задний план. В отличие от электрошоковой терапии, при которой — без осознания пациентом —отреагируются исключительно эпилептические тенденции, при психошоковой терапии могут проживаться любые потребности, причем анализируемый пациент остается в полном сознании. Пациент встречается с потребностями из семейного бессознательного, постоянно вмешивавшимися в его судьбу, заставлявшими его прежде всего осуществлять несчастливые выборы партнеров и профессии, то есть приводившими к неврозам судьбы. А в результате того, что анализируемые пациенты встречаются не только с негативными и разрушительными, но и с позитивными, упускаемыми ранее фигурами судьбы, пациентам удается интроецировать в себя лучшие, еще не прожившие ими возможности. Притязания предков нельзя вспомнить, их можно только отреагировать, уже хотя бы только потому, что индивидум никогда раньше их не переживал, а потому и не мог вытеснить;

- 3) конфронтация анализируемого пациента с результатами тестирования;
- 4) конфронтация анализируемого пациента со своим родословным древом.

Судьбоаналитическая терапия должна завершаться эго-аналитической фазой. Она вводится тогда, когда по сновидениям становится видно, что пациент начинает сталкиваться с отдельными функциями эго-орбиты (то есть с проекцией или инфляцией, с интроекцией или отрицанием). Целью этой фазы является устранение идентификаций, приводящих к трудностям и конфликтам, построение новых Я-идеалов относительно бытия и обладания, а также новых отказов.

ЧАСТНОЕ УЧЕНИЕ О БОЛЕЗНЯХ И ПСИХОТЕРАПИЯ СУДЬБОАНАЛИЗА

Клиническая психиатрия и психотерапия сексуальных расстройств

Клиническое лечение и психотерапия гомосексуальности

При исследовании сексуальности судьбоанализ различает три измерения:

- физическую конституцию; обращается особенное внимание на гениталии и вторичные половые признаки (соматический половой характер);
- психическую конституцию, то есть желание персоны быть мужчиной или женщиной (психический половой характер);
- эффективный выбор объекта, то есть какой именно половой партнер будет выбираться, мужчина или женщина. При этом, как заметил еще Фрейд, не стоит забывать о том, «что у представителей обоих полов степень физического гермафродитизма в большой степени независима от гермафродитизма психического»^{*}.

Гомосексуальность мужчины

Под genuинной или подлинной гомосексуальностью генетика понимает такое расстройство психосексуального развития, при котором персона как относительно цели влечения, так и в выборе объекта прежде всего инвертирована по своей генетической структуре. Но это чрезвычайно маленькая группа гомосексуалистов.

У травматических, «неистинных» гомосексуалистов извращенность цели влечения и выбираемого сексуального объекта обусловлена личными переживаниями в раннем детстве, имеющими чаще всего психотравматический характер, то есть такие отклонения связаны не со специфическими семейными, унаследованными факторами, а с искаженными идентификациями.

Еще Фрейд считал, что необходимо дифференцировать генетически обусловленную инверсию от невротически обусловленной, и тем не менее у него сложилось впечатление, что такая дифференциация не дает значимых результатов, даже если удастся отделить «конституциональный» тип инверсии от других типов^{**}. Судьбоанализ не знает способа оказать помощь первому типу пациентов (да обычно они на это и не мотивированы, в отличие от большинства случаев невротически обусловленной гомосексуальности). Показатели наличия genuинной гомосексуальности:

- 1) если гомосексуальный испытуемый является монозиготным близнецом и его брат-близнец независимо от него тоже является гомосексуалистом;

^{*} Freud S. Gesammelte Werke, Bd. XII, S. 280.

^{**} Там же, V том, стр. 45.

- 2) если в семье испытуемого часто встречаются гомосексуальные трансвестисты, соматические гермафродиты, а также сексуально перверсивные садисты или мазохисты;
- 3) если инверсия у испытуемого манифестируется в рамках семейных соматических или психических наследственных заболеваний, которые как бы сопровождают проявления гомосексуальности. Здесь прежде всего нужно обращать внимание на следующие патологические экзистенции:
 - частые случаи суицидов;
 - параноидную шизофрению;
 - эпилепсию или эпилептиформный параноид;
 - наркоманию и патологические пристрастия (патомании);
 - психопатию с манифестной гомосексуальностью;
- 4) по комбинации с другими синдромами можно и посредством Сонди-теста сделать вывод о наличии genuинной формы гомосексуальности.

Гомосексуальность женщин

Это явление довольно сильно распространено. Психосексуальные пропорции у латентно гомосексуальных женщин смещены в направлении минор, что связано с пассивным мазохизмом. У манифестных, сексуально активных лесбиянок, которые чаще всего живут бисексуально, как и у проституток, сексуальный индекс говорит об их бисексуальности.

Аналитическая терапия genuинных лесбиянок наталкивается на необычайно большие трудности. Совсем немногие из них приходят на анализ, да если это и случается, то появляются они из-за других симптомов (абсансы, эпилепсия, мигрень, параноидные идеи, истерия и т. д.). Необходимо профессионально консультировать лесбиянок, подбирая для них, в зависимости от их мазохистического или мужского типа, *h*- или *s*-профессию (например, профессии модистки, массажистки или хирургической медсестры).

Клиническое лечение и психотерапия перверсивного садомазохизма

Фрейд объяснял садизм результатом особого состояния либидо, когда разрушительное влечение к смерти делается безвредным посредством того, что оно большей частью соматизируется с помощью специфической системы органов, мускулатуры, направляя агрессию на объекты внешнего мира. В этом случае мы имеем перед собой деструктивное влечение, стремление к обладанию, волю к власти. Часть этого влечения ставится непосредственно на службу сексуальной функции. Другая часть не перемещается вовне, а присваивается организму, либидинозно привязываясь к нему при помощи сексуального возбуждения. «В последнем проявлении мы можем признать первоначальный, эрогенный мазохизм»^{*}.

^{*} Freud S.: *Gesammelte Werke*. Bd. XIII. S. 376.

Как при перверсиях, так и при интроверсиях отсутствует легирование, то есть горизонтальное расщепление ($\frac{++}{--}$). У перверсивных людей на этом месте в сексуальной области мы встречаем вертикальное расщепление ($\frac{+}{-}$). Это отличает их от инверсивных людей, для которых характерно диагональное векторное расщепление ($- +$) для мужчин и ($+ -$) для женщин.

Также у перверсивных и инверсивных людей мы обнаруживаем тяжелое расстройство Я. У перверсивных людей оно характеризуется следующими свойствами: 1) свои притязания обладать и потребность в дополнении такие люди полностью концентрируют на сексуальности; удовлетворить эти притязания в какой-либо другой области они не способны; 2) перверсивные люди утратили способность посредством Я обладать сексуальным объектом; у них отсутствует уверенность в том, что они эгоидно «обладают» своим объектом. Одни из них, фетишисты, нуждаются в чем-то материальном для того, чтобы пережить такого рода уверенность; другие, садисты, должны избить своего партнера буквально до полусмерти, так как только в этой форме разрушения и обесценивания партнера они могут почувствовать обладание им.

Клиническое лечение и психотерапия аффективных нарушений

Клиническое лечение и психотерапия пароксизмально-эпилептиформных неврозов с приступами

О большом опыте, накопленном в этой области, сообщает прежде всего В. Штекель*. Можно с уверенностью сказать, что анализ эпилепсии является сферой судьбоанализа.

В одном важном, даже решающем пункте эпилепсия и истерия не отличаются друг от друга, а именно, в использовании отчуждения. Оба типа больных иногда защищаются от внутренней и внешней опасности посредством отщепления реальности, клинически — посредством дереализации, а выражаясь эго-аналитически, посредством исключения восприятия, интроекции ($+k \leftrightarrow -k \pm p$). Следствием этого будет сумеречное, ступорозное, гипноидное состояние, отчуждение от реального внешнего мира, и как следствие возникает или деперсонализация (в виде ауры при эпилепсии), или дневные грезы (при истерии). Наряду с отчуждением больные эпилепсией используют формы защиты в виде бегства (фуги), проекции, инфляции, но прежде всего дезинтеграцию, а истерики — вытеснение и подавление. И при истерии, и при эпилепсии наряду с отчуждением используется также чрезмерная

* Stekel W.: Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Berlin, 1924 S. 560ff

интеграция, сопровождающаяся ощущением близящейся катастрофы (у эпилептика такое обнаруживается перед приступом, а у истерика — при фобии).

Структурный анализ истерии при помощи Соиди-теста:

- 1) сексуальные пропорции характеризуются интерсексуальностью, что обнаружил еще Э. Кречмер;
- 2) относительно высокий социальный индекс. Опыт психоаналитиков, начиная с Фрейда, говорит о том, что истерики — исключая истерических психопатов — болеют из-за своего очень строгого Сверх-Я, запрещающего им удовлетворять свою сексуальность;
- 3) предпочитаемыми экзистенциальными формами при истерии являются:
 - прежде всего сексуальные инверсии (в то время как при эпилепсии преобладают проекции);
 - из различных истерических синдромов фобия по своей экзистенциальной структуре наиболее близко стоит к эпилепсии; для фобии характерна попытка навязчивого преодоления того, что пугает человека.

Как хорошо известно, терапия истерии, болезни, при которой вытесняются или по меньшей мере сильно парализуются нежные, эротические и грубые аффекты, является сферой применения классического психоанализа Фрейда. Косвенные методы судьбоанализа показаны тут в тяжелых случаях, когда, несмотря на длительное классическое лечение, так и не уменьшается унаследованная пароксизмальная сила влечений и манифестирующие в конверсиях и неврозе органов эго-изменения.

Клиническое лечение и психотерапия расстройств сферы Я

Клинические формы проявлений, характерные для различных типов расщеплений Я

А. Две субформы шизоформных расщеплений Я

1. Партиципативное или проективное расщепление ($-p \longleftrightarrow \pm k + p$)

В этих случаях проекции могут исходить из персонального, коллективного или семейного бессознательного. Биографически любое проективно-параноидное расщепление Я можно свести к расстройству партиципации. Как правило, еще до появления проективного параноида можно доказать наличие расстройства партиципации в дуалоньоне с матерью или сестрой, отцом, братом и т. д. На практике необходимо различать две формы расстройств партиципации:

- а) *двусторонние эго-расстройства дуальных партнеров*, независимо от того, будут ли они одного пола, являются ли они любовниками или же это отношения родителей и детей;
- б) *солитерные (одиночные) проективно-параноидные эго-расщепления*.

В случае Folie a deux* оба партнера очень редко заболевают одной и той же формой болезни. Чаще всего у бросающего партнера образуется навязчивость, а у брошенного — бред. Выражаясь по-другому, эго-расстройства объясняются двумя факторами:

- персонально пережитым кризисом и распадом дуальной экзистенции, существовавшей в форме партиципации;
- унаследованной инстинктивной силой Я по отношению к единению, равенству, родственности и объединению с другими.

Фазы терапии:

а) особая форма терапии партиципации (участия), когда патологическое стремление пациента к партиципации частично удовлетворяется в отношениях с терапевтом;

б) специальная эго-аналитическая терапия с целью обратного включения отщепленных эго-функций в орбиту Я. Случается это или посредством эго-аналитического истолкования сновидений, или путем искусственного, часто шокирующего, обращения отщепленных частей на вращающуюся сцену Я (психошоковая терапия), или же актуальная патологическая экзистенциальная форма заменяется более переносимой формой, пребывавшей ранее в латентном состоянии;

с) последняя возможность приводит к третьей фазе, в которой «обращенных» людей пытаются «заразить» новой идеей — такое особенно характерно для работы с молодыми и одаренными людьми, — тогда эту идею можно будет осуществлять с прежней одержимостью и навязчивостью. При этом важно, чтобы работа, которую принимает на себя пациент, могла достаточно долгое время иметь принудительный характер, в противном случае побеждает другая, отщепленная часть (параноид). Для подобного рода работ особенно подходит деятельность в литературной, научной или художественной области. Исключительно партиципативная терапия будет достаточно только там, где — особенно у примитивно структурированных людей — находится персона, готовая после завершения терапии войти с пациентом в пелительный дуальюньон. Наверное, не стоит особенно подчеркивать то, что вторая и третья фазы представляют из себя не просто модификацию фрейдовского психоанализа, а проводятся как максимально активная терапия с осознанием,отреагированием и контр-отреагированием.

2. Интроективное (аутистическое) эго-расщепление ($+k - p \longleftrightarrow -k + p$)

В этих случаях глобальное Я расщепляется таким образом, что персона на переднем плане проецирует ($-p$) и сразу же непосредственно присваивает в сферу своего Я ($+k$) притязания и представления бессознательного". Если при чистой (параноидной) проекции бессознательные притязания и представления выкладываются сферой Я во внешний мир, откуда они, словно бумеранг, опять возвращаются к Я, но уже в форме идей преследования, то при интропроекции бессознательные представления и притязания не проецируются на объекты (персоны) внешнего мира, а присваиваются в собственное Я, принимающее в себя все эти ирреальные притязания и представления, и с этого момента Я вынуждено думать, вести себя и действовать соответствующим образом, например, бесцеремонно, эгоцентрично, высокомерно и притязательно.

* Сумасшествие вдвоем (фр.)

** Строго говоря, это вторая форма аутизма, аутизма обладания (первая — аутизм бытия).

Терапия осуществляется по тем же самым принципам, что и работа с проективными параноиками, но проходит она еще труднее. Хотя и при интропроекции проекция является следствием неудовлетворенного стремления к единению и равенству со значимым человеком, расстройство здесь глубже, и даже в форме болезни уже невозможно будет присоединиться к другому человеку. Необходимо добиваться активного взаимодействия между пациентом и терапевтом, как это советовали Ференци, Федерн, Салливан. Но только последующий период эго-терапии с восстановлением полноценной орбиты Я поможет надежно защитить пациента от рецидивов. Планы стратегий:

- можно попытаться уменьшить аутизм обладания посредством овладения техниками отказов и избеганий, особенно в тех случаях, когда у пациента обнаруживаются еще и навязчивые экзистенциальные формы;
- отщепленную часть (подавление) можно посредством активной психоперехватывающей терапии поставить на место аутизма на переднем плане;
- к последнему виду обращения можно прийти и постепенно, прежде всего превращая нарциссизм обладания в нарциссизм бытия: пациент становится одержим какой-либо идеей. Тогда чуть позже в результате конфронтации с реальностью будет легче осуществить редукцию нарциссических идеалов, а этим — и возможность подавления;
- можно попытаться ввести в центр другие экзистенциальные формы: навязчивость, ипохондрию, пароксизмальность (в форме путешествий, бегства, переселения);
- попытка социализации через профессию или сублимация.

В. Шизо-пароксизмальное или гебеформное расщепление

$(0 \leftrightarrow + p \pm k - p)$ (3-й вид расщепления)

Больные с подобным видом эго-расщепления склонны к быстро сменяющимся скачкообразным обращениям частей расщепления. Потому клинически это или шизоформные, инфлятивно одержимые люди ($Sch = 0 +$), или пароксизмально-эпилептиформные (или истеро-эпилептиформные) больные с приступами (из-за присущего им «Я беглеца»: $Sch = \pm -$). Часть таких больных будет клинически определена как гебоидные психозы или шизофрении. Ядро проблемы заключается здесь в том, что при особых обстоятельствах сфера Я расщепляется таким образом, что одна ее часть вызывает определенные психозные эго-расстройства, а другая — пароксизмальные симптомы. В результате обращения частей расщепления шизоформные и пароксизмально-эпилептические картины могут сменять друг друга. Другие возможности:

- а) проективная паранойя $\leftrightarrow$ проективно-параноидная генуинная эпилепсия ($0 - \leftrightarrow \pm +$)
- б) инфлятивная паранойя $\leftrightarrow$ эпилептиформная пориомания (инфлятивная эпилепсия) ($0 + \leftrightarrow \pm -$)
- в) пароксизмальные приступы отчуждения $\leftrightarrow$ интроективный бред с аутизмом и магическим мышлением ($- \pm \leftrightarrow + 0$)

- d) пароксизмальные эпилептиформные приступы сумеречного состояния $\longleftrightarrow$ фобические предчувствия катастрофы шизоформной природы ($0 \longleftrightarrow + \pm$)
- e) пароксизмально-эпилептиформная деструкция (или аутодеструкция) $\longleftrightarrow$ кататоническая шизофрения с негативизмом ($- ! 0 \longleftrightarrow + \pm$).

Глубинная психотерапия помогает только в самых легких случаях, в других случаях она обречена на провал, особенно в работе с кверулянтами (сутажниками). Если заниматься партиципативной терапией, то из-за доминирования инфляции часто будет формироваться чрезмерный перенос. Особая опасность анализа связана с возможностью усиления инфляции (прежде всего при работе методами юнгианского анализа).

С. Пароксизмально-аффективные (эпилептиформные) и интроективные расщепления Я

Две субформы:

1. *Расщепление между отчуждением и интроекцией (4-й вид расщепления)*
($- k \pm p \longleftrightarrow + k$)

К этой группе расщепления относятся два клинически различных, но этиологически тесно взаимосвязанных расстройства Я: 1) отчуждение, то есть деперсонализация и дереализация, 2) интроективный бред. Общим для обоих видов расщепления является ведущая роль в патогенезе аффективных расстройств. Расстройства в области эго-переживаний называются деперсонализацией, а в сфере переживаний, относящихся к окружающему миру — дереализацией. Феноменологически состояния отчуждения характеризуют монотонные метафоры типа «сон», «полудрема» или «обволакивание», описания уединенности, потерянности, нереальности происходящего, безжизненности, неодушевленности, механистичности своих действий и поступков или потеря Я. С позиции судьбоанализа сущность подобного рода отчуждения состоит в выпадении интроекции, вызываемой первичным расстройством аффектов. Речь идет о защитном механизме истерической природы, когда под действием переживания сильных аффектов появляется подавление или полное отключение процессов восприятия (прежде всего зрительных). И только в особенно тяжелых случаях поражаются и другие перцептивные компоненты. То, что под воздействием сильных аффектов уже у младенца могут полностью отключаться процессы восприятия, доказал Р. Шпиз (книга «Возникновение первых объект-отношений»): страх в восьмимесячном возрасте приводит к закрыванию лица и закрыванию глаз.

Такие пациенты чаще всего были избалованными детьми, которыми чрезмерно восхищались; позднее они оказались невротиками, преимущественно с высоким интеллектом и хорошими способностями. Обычно выявляется тесная связь с пароксизмальными расстройствами. Будет ли такая persona здоровой, невротичной или психотичной, зависит не от исключения интроекции из орбиты Я, а от того, будет ли какая-либо из трех остающихся элементарных функций патологически увеличена. Патологическими формами отчуждения являются:

- 1) Aura epileptica;
- 2) истериформное отчуждение: конверсионные явления с частичным отключением всех органов чувств (прежде всего истерическая слепота, аномия*, афазия**, каталепсия);
- 3) аффективная аутодеструкция, при которой главную роль играет патологическое семейное отрицание; сюда относятся частые суициды и кататонический негативизм в фазах отчуждения;
- 4) аффективное отчуждение с параноидными или параноидно-депрессивными состояниями, возникающими под воздействием генетически-семейно усиленной проекции;
- 5) аффективное отчуждение с инфляцией, идеями величия и религиозного реформаторства, всегда возникающими, когда чрезмерно сильная семейная инфляция захватывает власть в сфере Я;
- 6) аффективное отчуждение, которое после эротической или другого рода инфлятивно-маниакальной фазы обращается в кататониформную депрессию, часто сопровождающуюся нежеланием жить, а также сложностями в работе и учебе;
- 7) ипохондрическое отчуждение, объясняющееся мазохистическим обращением агрессии на саму персону из-за чувств вины и потребности в наказании; экстремальные приступы ярости у ипохондриков также говорят о наличии первичного нарушения в жизни аффектов, позднее это приводит и к отщеплению интроекции;
- 8) в отличие от ипохондрии, навязчивость следует рассматривать как исцеление от предрасположенности к отчуждению. Чем навязчивее действия, тем реже приступы отчуждения; навязчивость и деперсонализация являются антиподами.

Терапия отчуждения должна соответствовать патогенезу этого заболевания, то есть:

- расстройству партиципации в раннем детстве;
- часто имеющемуся генетическому базису в виде эпилептической предрасположенности; поэтому обычно приходится прибегать к комбинации психотерапии с психофармакологическим лечением — применением противосудорожных средств. В более легких случаях показана классическая аналитическая психотерапия, а при экстремально тяжелых необходима предшествующая партиципативная терапия.

Судьбоаналитическая эго-терапия трудна и чаще всего длится годами. Цель ее заключается в том, чтобы заново встроить отщепленную интроекцию в физиологическую орбиту жизни Я. Наиболее примитивное спонтанное включение проявляется в форме полифагии (булимии); чаще всего к обжорству прибегают женщины. Такой орально-садистический способ присвоения мира в форме продовольственных товаров на сеансах психотерапии можно поднять на более высокий уровень, и тогда стремление к интроекции будет насыщаться не пищей, а знаниями.

* Потеря обоняния (греч.)

** Расстройство речи и ее понимания (греч.)

Если среди трех остающихся эго-функций доминирует отрицание (негативно-деструктивные симптомы), то прежде всего необходимо проработать чувство вины и страх наказания. В случае доминирования проекции особое внимание необходимо уделять восстановлению доверия. При чрезмерной инфляции необходимо попытаться реализовать инфлятивные идеи посредством обращения к принудительной трудовой деятельности. Терапия обращения с выступлением на передний план интроекции чрезвычайно опасна, так как в результате проявления власти обладания пациент сразу попадает «из огня да в полымя» — возможно появление идей всемогущества, бредовых идей порядка, нарциссизма обладания и т. д.

2. Интегративное расщепление Я (сумеречные состояния и предчувствие катастрофы) ($0 \text{ к } 0 \text{ р} \longleftrightarrow \pm \text{ к } \pm \text{ р}$) (5-й вид расщепления)

Еще один эквивалент эпилепсии (кроме приомании и отчуждения) эго-аналитически можно проинтерпретировать следующим образом: психиатрия говорит о *сумеречных состояниях* в тех случаях, когда центральный симптом образует изменение ясности сознания. Изменения сознания манифестируются в легком понижении его уровня, оцепенении, суженности или в тяжелых помутнениях сознания. Следствием является то, что впечатления окружающего мира начинают терять свое значение, в то время как субъективные обертоны приобретают чрезмерное значение. Реальный мир воспринимается искаженно, больные живут в ином мире с другим настроем и другим ходом мыслей, у них мы обнаруживаем частые персеверации, дезориентацию, одни больные беспомощно-нерешительны, а другие — напряжены и нигилистичны. С эго-психологической точки зрения на переднем плане происходит дезинтеграция, то есть состояние, в котором Я на какой-то период или отказывается использовать любую из своих четырех элементарных функций, или сводит их интенсивность к минимуму. В сумеречном состоянии воспринятый из внешнего мира материал не проводится по орбите Я, как это происходит в состоянии ясного сознания; да и от притязаний влечений здесь никак не защищаются. Интеграция, то есть состояние ненарушенного течения жизни Я, определяется тем, что материал внутреннего или внешнего мира «согласно плану» проводится в ясном сознании по пути от проекции до адаптации (отрицание притязаний влечений). При эпилепсии интеграция осуществляется чаще всего в патологической форме как предчувствие катастрофы или фобия. Две расщепленных части: сумеречное состояние и предчувствующая катастрофу фобия появляются здесь попеременно («альтернирующее [чередующееся] сознание»).

Кроме эпилептиков или носителей эпилепсии, клинические формы дезинтегративных расстройств Я встречаются у людей со следующими особенностями:

- со склонностью к обморокам, сопровождающихся потерей Я, например, при физической боли, виде крови или кровавых злодеяний, при сильных запахах или менструации и т. д.;
- с потерей Я, сопровождающейся чрезмерным мазохизмом при помешательстве, особенно у параноидно-эпилептоидных больных;
- у лесбиянок со сменой Я;
- при альтернативных формах предчувствия катастрофы перед приближающимся приступом или сумасшествием; при пароксизмальной истерической фобии с сумеречными состояниями.

Терапия пароксизмально-аффективных расщеплений Я не существенно отличается от методов, описанных выше. Но, конечно, нет никакого смысла проводить психотерапию в тех случаях, когда сумеречные состояния сопровождаются частыми абсансами или тоническо-клоническими судорогами, то есть когда можно предположить существование дефектного симптома.

D Навязчивые, ананкастические расщепления Я

Интро-отрицание ($\pm k$) $\longleftrightarrow$ проекция и инфлятивная паранойя ($\pm p$)
(6-й вид расщепления)

В соответствии с традиционным пониманием, навязчивость является психическим процессом, против существования которой персона пытается защититься и содержание которой кажется ей безосновательным, бессмысленным и непонятным, по меньшей мере, частично (К. Ясперс, К. Шнайдер). Хотя точнее было бы сказать словами Фрейда: «Невроз навязчивости скорее всего является наиболее интересным и наиболее благодарным объектом психоаналитического исследования и, тем не менее, пока он продолжает оставаться нерешенной проблемой»^{*}.

Три фактора, препятствующие пониманию навязчивости:

Само понятие «невроз навязчивости» стало проблемным. С одной стороны, мы теперь хорошо знаем, насколько редко встречаются «чистые по своему стилю» неврозы навязчивости и насколько широко феномен навязчивости варьирует в области неврозов, простираясь от легких навязчивых реакций до злокачественных навязчивых болезней, причем терапевтическое воздействие и прогноз здесь сильно различаются. С другой стороны, различные формы невроза навязчивости мы рассматриваем только как одно из звеньев внутри широкого спектра навязчивостей. На одном конце этого спектра мы встречаем ананказмы (ананкастические явления), которые можно обнаружить даже в области нормы, ананказмы, которые предпочитают определенные возрастные ступени и в формах проявления испытывают на себе сильное влияние культурной среды.

На другом конце воображаемой шкалы навязчивость проявляется огромным разнообразием способов: ее мы встречаем у шизофренических^{**}, циклотимических^{***} и эпилептических пациентов, а также при многих органически обусловленных заболеваниях, например, при постэнцефалитическом синдроме навязчивости, а также при жаре и сильном утомлении.

Другая трудность является следствием необходимости учитывать историю жизни больного с навязчивостями, то есть временной фактор. Вспомните хотя бы фрейдовскую историю болезни человека-волка^{****}, ставшего позднее параноиком^{*****},

* Freud S. Gesammelte Werke. Bd. XIV. S. 142.

** Stengel E.: The relationship between obsessional symptoms to schizophrenia. II. Int. Kongress für Psychiatrie. Zürich, 1957.

*** Bellak L.: Manic-depressive Psychosis and Allied Conditions, New York, 1952; Stengel, E.: The psychodynamic relationship between depression and obsessional symptoms. «J. Ment. Sci.», Vol. 94, 1948. P. 650-653.

**** Freud S. Gesammelte Werke. Bd. XII. S. 27-157.

***** Mack-Brunswick, R.: Ein Nachtrag zu Freuds «Geschichte einer infantilen Neurose. Internat. Z. Psychoanalyse. Bd. XV. 1929. S. 1-42.

пока, наконец, ему не удалось научиться вести сносную жизнь^{*}. В структуре навязчивостей можно обнаружить всевозможные процессы^{**}, но только некоторые из них типичны: патологические пристрастия или фобии обычно предшествуют навязчивостям, а шизофрения чаще всего следует после определенного периода существования навязчивостей, зато после шизофренических ремиссий мы чрезвычайно редко встречаем проявления навязчивости.

И, наконец, еще одна трудность связана с тем, что необходимо учитывать как психогенетическое, так и генетическое измерение. К психогенетической области, с одной стороны, относится тот факт, что определенные культурные условия играют решающую роль в возникновении навязчивостей. А с другой стороны, необходимы и определенные нарушения психического развития, чтобы появилась какая-либо выраженная навязчивость, что хорошо показал Фрейд^{***}.

Навязчивость является древней формой защиты. Она появляется тогда, когда по внешним, но прежде всего по внутренним поводам происходит снижение высокоструктурированного иерархического порядка^{****}. Проявлением такого процесса нарушения дифференциации является на психическом уровне формальная регрессия^{*****}, а на биологическом — возврат к примитивным, обычно подавленным, автоматическим движениям.

Регрессия на психическом уровне захватывает не только структуры Оно, но и Сверх-Я. В области Оно мы обнаруживаем хаос примитивных фрагментов влечений, а на стороне Сверх-Я — доминирование архаичных функций контроля. В «центре» навязанности все же находится один из наследственно детерминированных видов расщепления Я. Характеризуется он скрещиванием двух эго-функций: отрицания и интроекции, причем именно это сочетание и является фактором, формирующим симптом. В результате происходящих затем процессов «подстройки», несмотря на сохраняющуюся навязанность, сооружается саморегулирующаяся «открытая система» отношений с миром^{*****}. Скрещивание интроекции и отрицания разделяет глобальное Я на «систолическую», «мужскую» отщепенную часть, и на «диастолическую», «женскую».

Терапия эго-расстройств в случае психотравматически приобретенных форм навязчивости (неврозы навязчивости) должна идти путем, отличающимся от методов лечения тяжелых наследственных ананказмов. Только здесь и должен применяться классический психоанализ. Для тех случаев, где болезнь с навязчивостями детерминирована генеалогически, и особенно когда в родословном древе среди близких родственников встречаются параноидные или гебоидные шизофреники, психоаналитическая терапия противопоказана. Вместо психоанализа здесь необходимо психологическими методами социализировать содержание навязчивостей, прежде всего найти навязчивую работу в той области, где могут быть удовлетворены, с одной

* The Wolf-Man by the Wolf-Man (An Introduction and Chapters bei Murieal Gardiner). New York, 1971

** Stengel E.: The relationship between obsessional symptoms to schizophrenia. II. Int. Kongreß für Psychiatrie, Zurich, 1957.

*** Freud S. Gesammelte Werke. Bd. XIV. S. 111–205.

**** Bertalanffy von F.: General System Theory, Foundation, Development, Applications. New York, 1968. P. 27–29.

***** Freud S.: Gesammelte Werke. Bd. II/III. S. 554.

***** Bertalanffy von F.: General System Theory, Foundation, Development, Applications. New York, 1968. P. 39–41.

стороны, навязчивость к поддержанию порядка, а с другой стороны — анальные и садистические притязания влечений. Более того, в определенных обстоятельствах у больных можно буквально провоцировать навязанность. Случаи шизофрении с симптомами навязчивости отличаются относительно благоприятным прогнозом. Да и невротики, и психотические личности имеют в кататимне благоприятный прогноз, если наряду с другими симптомами в тесте у них обнаруживается экзистенция навязчивости.

Е. Кататимическое расщепление

- а) негативизм против принятия проекции и инфляции (заброшенность)*
 $(-1k \longleftrightarrow +k \pm p)$
- б) вытеснение против принятия оставленности и женственности*
 $(-k \longleftrightarrow +k \pm p)$ (7-й вид расщепления)

Кататимическое расщепление Я может быть предпосылкой для самых различных явлений:

Физиологические формы: 1) отказ, 2) избегание, 3) разочарование после предшествующих неудач, провалов и хроническое одиночество.

Невротические формы: 1) кататимическая шизоидность после возникшего под воздействием психотравмы вытеснения женственности, заброшенности, идентификации, 2) невротическая, истерическая скотомизация части окружающей реальности посредством ее отрицания, 3) неврозы, отрицающие необходимость контактов с людьми, сопровождающиеся изоляцией, депрессией, самосаботажом и нарушением трудовой деятельности.

Психотические формы: 1) кататимия и ступор, 2) кататимическая депрессия (шизомеланхолия) с повышенным суицидальным риском, 3) негативистический бред самообесценивания и недостойности, 4) алло-танатомия (идеи об истреблении членов семьи) и ауто-танатомия (суицид), 5) саморазрушение посредством пьянства или наркомании, 6) постэнцефалитический кататимический синдром, 7) психоз с длительным (несколько недель), постоянным пребыванием в постели в кататимическом ступоре, 8) кататимический психоз с интоксикацией. В трех последних формах болезней наряду с гистохимическими данными проводятся исследования наследственного фундамента. 9) Также некоторые психоорганические и эпилептические больные с деменцией и ступором часто застывают в жизненной фазе отрицания.

По своей сути кататимия направлена в первую очередь против принятия (интроспекции) инфлятивного и проективного бредового мира, поэтому кататимию можно представлять как спонтанную попытку самоизлечения паранойки.

Все, что касается кататимной шизофрении, относится *mutatis mutandis* и к кататимическим, шизоидным неврозам, только опасность, против которой мобилизуются такие неврозы, имеет другое содержание. Отщепленный при кататимии блок проекции, инфляции и интроспекции относится здесь не к бреду, а к принятию

* С необходимыми изменениями (лат.)

заднеплановой заброшенности и женственности. Таким образом, отрицание защищает при кататоническом неврозе от реальной необходимости принимать свою оставленность или женственность. Подобное содержание в травматически-невротических случаях большой кататоническим неврозом способен вытеснять, так что для понимания здесь вполне можно обойтись учением о защите. При тяжелых негативистических неврозах, препсихотических состояниях и психозах необходимо будет обращаться к учению о расщеплении.

Противоположная отщепленная часть тоже манифестируется различными способами:

Физиологические формы: 1) принятие оставленности после отделения от родителей или замещающих их персон, 2) принятие своей женственности женщинами, а мужчинами — своей латентной женственности, 3) идентификация после интроекции объекта, некогда любимого и потерянного, 4) притязания женщин на обладание.

В принципе *невротические формы* ничем не отличаются от тех, которые возникают и в обычных физиологических состояниях, только сила оставленности и женственности будет здесь большей. Вследствие этого и изменения характера посредством интроекции будут более выраженными, но особенно сильной будет защитная деятельность посредством вытеснения и отрицания.

Психотические формы: 1) параноидная шизофрения с проективным и инфлятивным бредом, причем проекция и инфляция приводят к более тяжелым эго-расстройствам, чем интроекция, 2) магично-аутистичная шизофрения с доминированием интроективного бреда: идеи космического всемогущества, бредовые телепатические идеи, фетишистский, эксгибиционистский сексуальный бред, бред навязанности и порядка, причем могут появляться и идеи преследования и величия.

Терапия кататонических эго-расстройств из-за негативизма больных крайне трудна. Вначале необходимо посредством огромных усилий и выдержки попытаться заново построить партиципацию в орбиту Я. В случае особой одаренности пациента после партиципации необходимо построить художественную, творческую инфляцию. Но наиболее трудно будет привести пациента с кататонией к возможности интроективной идентификации, скорее всего потому, что на пути интроекции стоит проективная и инфлятивная опасность бреда. Когда удастся поменить отщепленные части и кататонический пациент посредством обращения расщепленного Я становится бредовым параноидным больным, необходимо аналитическими методами устранить бредовые идеи и попытаться конфронтировать больного с подкарауливающими его на заднем плане оставленностью и другими опасными стремлениями влечений (женственность и т. д.), причем до тех пор, пока он их не примет и не интроецирует.

Психотерапия появившихся в результате вытеснения и отрицания неврозов вначале идет по схеме классического психоанализа. Обращение к судьбоанализу показано тогда, когда: 1) в эго-расстройстве наряду с травматическими переживаниями обнаруживается еще и влияние наследственных факторов, 2) в сновидениях часто появляются предки, 3) несмотря на полное осознание вытесненного, симптомы продолжают существовать.

Г. Адаптивное, легированное расщепление Я (8-й вид расщепления)

Приспособление как отрицаемая проекция и тотальный нарциссизм как интроецированная инфляция ($-k - p \longleftrightarrow +k + p$)

Речь здесь идет о наиболее частой форме расщепления Я. Обе отщепленные части — в благоприятной ситуации — могут функционировать без эго-расстройств. Носители таких расщепленных частей чаще всего являются психически здоровыми людьми.

а) Приспособление в качестве легированной проекции ($-k - p$)

Посредством такого расщепления средний, обычный человек приспособляется к реальности. Его эго-жизнь характеризуется двумя решающими качествами, сохраняющими общество: 1) все свои притязания влечений он проецирует во внешний мир, но те, которые осуждаются обществом, средний человек отрицает; 2) как притязания «быть всем», то есть тотальная инфляция, так и притязание «обладать всем», то есть тотальная интроекция, отщепляются. В результате силы своих отказов от проецированных желаний и притязаний, а особенно отщепления притязаний на бытие и обладание всем, такие люди являются опорой общества, здоровым ядром социальной безопасности. Средним человеком в свете эго-анализа является тот, кто в случае необходимости способен отказаться от своих спроецированных желаний и отщепить свойственное любому человеку стремление к обладанию и желанию быть всем.

б) Тотальный нарциссизм в качестве интроецированной инфляции ($+k + p$) в двух вариациях:

- культурный человек;
- аферист, мошенник, лжец и шулер.

Выбор одной из этих двух социально противоположных форм существования одной и той же эго-судьбы интроинфляции будет зависеть от сексуального и контактного влечения. Культурный человек, согласно своей морально-этической установке, предпринимает социализацию притязаний на обладание и желание быть всем. В аспекте анализа сферы эго и влечений культурным человеком мы называем того, кто посредством любви к человечеству и свойственной ему самоотверженности ($-h - s$) может реализовать свои инфлятивные эго-идеалы — после интроекции идеи «человека» — на пользу обществу. Такие люди встречаются очень редко.

Во второй вариации интроинфлятивной отщепленной части отсутствуют этически-моральные тормоза (0 e). Доминирует чувственная любовь к конкретному человеку ($+h$), агрессия ($+s$), а особенно тотальный нарциссизм. Такие люди являются асоциальными и антисоциальными, так как они пытаются осуществить свои притязания на то, чтобы всем быть и всем обладать.

За появление «нормальных» и интеллигентных людей более ответственны воспитание и окружающая среда, чем наследственность.

Естественно, что речь о психотерапии может идти только при асоциальных формах интроективно-инфлятивного расщепления. Теоретически для терапевта здесь возможны два плана лечения:

- обращение инфлятивно-интроецирующего афериста и мошенника в обычного человека посредством конфронтации пациента на аналитических сеансах с генезисом его притязаний на обладание и желание быть всем, показа ущерба, который был ему нанесен первичной партиципацией;
- интеграция двух отщепленных частей, что является еще более трудным; предпосылкой удачи будет особая художественная, творческая одаренность пациента.

Клиническое лечение и психотерапия расстройств в контактах

Сущность и психотерапия депрессивных и маниакальных расстройств в контактах

Предпосылки, приводящие к маниакально-депрессивному психозу.

1. Людей, предрасположенных к маниакально-депрессивному психозу, характеризует фундаментальная черта, заключающаяся в нарциссической и аутичной реакции на разочарования.

2. На основе такой нарциссично-аутичной структуры Я и свои объекты любви они чаще всего выбирают нарциссично. Выбранный партнер будет точно так же стремиться к абсолютной власти над другими, нисколько не уступая в своем нарциссизме партнеру.

3. Такой нарциссичный выбор вызывает межличностные конфликты при установлении контактов в реальном мире, в браке, на работе, и вообще при любых социальных отношениях. Обнаруживаются серьезные амбивалентные проблемы.

4. Постепенно амбивалентный конфликт превращает и ранее сомнительную любовь к объекту в ненависть. Персона начинает накапливать в себе ярость, ненависть, гнев и мстительность по отношению к амбивалентно любимому объекту, и особенно потому, что покорить партнера полностью не удастся.

5. Если по какой-либо внешней причине происходит реальная или предполагаемая потеря объекта, то персона болезненно реагирует на это — в полном соответствии со своей нарциссичной структурой всемогущества. После этого персона пребывает в постоянных поисках нового объекта, которого ей не удастся найти, так как она не в состоянии покинуть прежний (депрессия).

6. Патологическая эго-реакция на потерю заключается в том, что персона присваивает себе объект ненависти. Интроекция происходит в фазе ненависти. В свою очередь, интроецированный объект ненависти приводит к тому, что отныне персона начинает ненавидеть, унижать, обвинять саму себя. Человек, прежде обвинявший объект своей привязанности, превращается теперь в индивидуума, обвиняющего самого себя; на месте аллосадистической появляется аутосадистическая персона, которая старается разрушить не окружающий ее мир, а саму себя. Такое обращение агрессии на собственную персону является следствием патологической идентификации с объектом ненависти.

7. Мания начинается с изменения установки сферы Я. Маниакальный человек обесценивает объект своей ненависти, тот объект, с которым депрессивный человек

полностью идентифицируется. Вместо патологически повышенной идеализирующей, иконопластической эго-функции появляется такая же патологическая, разрушающая идеалы, иконокластическая^{*} установка Я.

8. При мании, однако, в качестве низвергнутого идеала разрушается не только объект ненависти, но и все идеалы, которыми обладает Я. Как следствие, в Я не остается никакой ценности. Оно больше не обладает идеалами, которые могли бы послужить в качестве моделей и образцов при выборе значимых объектов в окружающем мире. Маниакальный человек бросается на все, что находится перед ним. Вследствие происшедшей дезимагинации он лишился эталона для сравнения ценностей. Так он превращается в неустойчивого, беспринципного субъекта.

9. Важнейший результат глубинно-психологических исследований заключается в том, что маниакально-депрессивный больной является не только больным в настроениях, но больным и в своих идентификациях, то есть эго-расстройшенной персоной. Расстройством эго и настроения являются ядерным симптомом в клинической картине депрессии и мании.

Эго-расстройство в депрессивной фазе состоит в патологической форме интроекции. Во-первых, персона интроецирует объект в той фазе, в которой она продолжает быть привязанной к нему (амбивалентность связи). В здоровой форме интроекция может осуществляться только тогда, когда присвоение имаго значимого объекта следует после отделения от последнего. Любая интроекция, происшедшая без предшествующего отделения от объекта или во времена амбивалентной связи, приводит к тяжелым психическим симптомам. Во-вторых, интроекция оказывается патологической, потому что она следует не в фазе любви, как у здоровых людей, а в состоянии ненависти. Именно это — то есть идентификация с объектом ненависти — и вызывает при депрессии идеи собственной незначительности и виновности, а также идеи саморазрушения. Поэтому это не побочные симптомы, а корневые.

При мании эго-расстройство заключается в обесценивании любых ценностей, то есть в дезимагинации и деструкции. Если у здоровых людей с прогрессирующим развитием идеальные образы только «редуцируются», то у маниакальных людей это проявляется в гораздо более экстремальной форме. У маниакального человека существует стремление разрушить все идеалы, которыми он обладает, обесценить полностью все ценности — как идеальные, так и реальные. Редукция ценности идеалов при мании превращается в полнейшую деструкцию всех мировых ценностей.

Веселье маниакальных людей — не радость, а эйфория. Так же, как кататония является реакцией на паранойд, в смысле спонтанной попытки души излечиться от него, мания представляет собой спонтанный процесс лечения от депрессии. Если у депрессивных людей мы при экспериментальном исследовании влечений никогда не обнаруживаем знаков осознания (+ р), то у маниакальных больных на каком-то этапе мы встречаем эго-картины осознания. Но осознание никак не помогает этим больным, во-первых, потому, что ставшие осознанными стремления вскоре опять становятся бессознательными, а во-вторых, потому, что маниакальный человек разрушает все ценности и идеалы в патологической форме из-за чрезмерной активности функции обесценивания (- !k). Ядерный симптом обеих фаз заболевания

* Klastisch (греч.) — состоящий из разрозненных элементов.

появляется из-за бессознательной чрезмерной активности оценивающего Я, то есть из-за расстройства эго-систолы.

И тяжелую депрессию, и манию мы можем разделить на две фазы:

1. Депрессии начинаются с интроективной фазы, в которой собственному Я присваивается любимый, потерянный объект вместе с его проективным обвинением. Бред личной греховности, вселенской вины и самообвинения депрессивных людей являются с эго-аналитической точки зрения интроекционным бредом, который вряд ли эго-психологически можно отличить от бреда при интроективной, аутистической шизофрении. В легких случаях депрессивные расстройства так и остаются на этой начальной фазе.

2. Вторую фазу можно обозначить как негативистическую, кататониформную фазу хронической или затяжной депрессии. Персона начинает нигилистически обесценивать все ценности мира, появляются идеи обнищания и даже конца света (пост-депрессивный синдром).

Это приводит к мании, в которой опять же мы можем выделить две фазы:

1. Инфлятивно-деструктивная фаза мании наряду с деструктивным обесцениванием всех ценностей характеризуется инфляцией, эгодиастолическими идеями величия, в соответствии с девизом: «Я так велик, что могу полностью отвергнуть ценности, которые я столь долго искал». Только параллельно текущие обесценивающие мысли и действия, то есть отрицание, отличает этих инфлятивно-маниакальных больных от пациентов с инфлятивной паранойей.

2. Вторая фаза называется деструктивно-проективной. Вместо идей величия здесь появляются деструктивно-проективные идеи, пациенты угрожают разрушить мир и самих себя после того, как они решили, что объект, который они отыскивали в реальном мире, не имеет никакой ценности. Чем больше пациенты принимают такую установку, тем больше они избавляются от своей печали.

Для шизофрении и МДП общим признаком является расщепление Я, а различием — его «локализация». Если при шизофрении расщепление Я является первичным, то при «циклофрении» первичное, генуинное расстройство появляется в цикле жизни настроений и контактов, а изменения Я здесь являются следствием первичного расстройства в контактах.

Что же касается *психотерапии* циклофрении, то здесь традиционно ориентированные психиатры и некоторые современные психоаналитики стоят на противоположных позициях. Психиатры оспаривают то, что в депрессивной фазе можно сделать что-то большее, кроме утешения и вселения мужества. Психотерапевтическая попытка воспрепятствовать переходу депрессии в манию осуждается как неэффективная^{*}. Из-за нарциссического характера расстройства Фрейд^{**} тоже не верил в успех психоаналитического лечения, в отличие от многих своих последователей.

Судьбоаналитический подход к возможностям лечения циклофрении является сочетанием взглядов классических психиатров и современных психоаналитиков.

* Weitzbrecht H.J.: Depressive und manische endogene Psychosen. Psychiatrie der Gegenwart. Berlin, 1960. Bd. II S. 76-77.

** Freud S.: Gesammelte Werke, Bd X. S. 138.

Установка судьбоаналитиков характеризуется как учетом эндогенности заболевания, так и аналитическим пониманием психодинамических процессов. Глубинно-психологические процессы разыгрываются в «генотипично» обусловленном семейном бессознательном, но генетическое происхождение ни в коей мере не исключает возможность глубинно-психологического анализа патологических процессов. Наследственные процессы семейного бессознательного можно осознать посредством сновидений предков. В остальном нужно правильно приспособить, а возможно, и изменить фрейдовскую технику работы с наследственными расстройством Я и контактов.

I. В случае психо-реактивного возникновения депрессии показаны психоанализ или судьбоаналитическая психагогика. Психоанализ показан тогда, когда в истории соответствующего пациента еще до возникновения депрессии обнаруживались невротические расстройства другого рода (фобии, истерии страха, легкие навязчивые импульсы и т. д.). Судьбоаналитическая психагогика показана при неожиданной потере объекта любви или ненависти в результате смерти или измены, когда пациента по социальным причинам необходимо быстро вернуть к профессиональной деятельности, а также в тех случаях, когда, хотя решающей и является психо-реактивная природа заболевания, в семейном анамнезе обнаруживается несколько родственников, страдавших маниакально-депрессивным психозом. Что касается техники, судьбоаналитик среди всего прочего применяет три метода:

- *Дезимагинация.* Здесь осознанно и под контролем вводится тот процесс, которым в свое время маниакальный больной спонтанно «излечил» депрессию. Это происходит посредством того, что анализируемый пациент начинает осознавать невозможность нахождения потерянного объекта любви (и ненависти). Дезимагинация любимого объекта заключается в усилиях освободить пациента от прежних проекций желаний и ненависти. Пациент должен научиться видеть прежний объект в более реалистическом свете, причем нужно пытаться повысить значимость других объектов.
- *Интроекция умерших родителей.* Аналитическая задача заключается здесь в том, чтобы наверстать упущенное: помочь пациенту осуществить процессы отделения и интроекции.
- *Выявление забытой психотравмы при поздно появившейся депрессии, к тому же скрытой карьерными устремлениями.* Люди, одержимые желанием сделать карьеру, откладывают все свои личные проблемы на потом, не прорабатывая до конца депрессию. С достижением желаемой цели на них обрушивается незавершенная травматическая депрессия. Необходимо терапевтически проработать проблемы пациента, причем вполне возможно, что придется переориентировать его на более реалистичные и гуманные цели.

II. Еще труднее оказывается психотерапия *мани*, так как маниакальный больной далеко оторвался от ценных объектов окружающего мира. Ни классический психоанализ, ни судьбоанализ не имеют здесь никаких шансов на успех. Необходимо прибегнуть к психофармакологическому лечению.

Сущность и психотерапия невроза принятия

Несмотря на существование и в этом случае генетических факторов, здесь, видимо, чаще всего доминирует психогенез. Часто в анамнезе мы обнаруживаем воспитание в сиротском доме, внебрачное рождение, факт того, что был нежеланным ребенком, особо незащищенное положение среди сибсов (часто это бывает первый или последний ребенок).

Для пациентов, страдающих неврозом принятия, характерна полная потеря доверия к людям, к тому, что их будут принимать такими, какие они есть. Они не доверяют никакому одобрительному слову или жесту со стороны окружающих и готовы даже собрать «улики», подтверждающие их предвзятое мнение. Обнаруживается, что у таких пациентов безмерно завышено стремление иметь надежный объект привязанности; это объясняется тем, что их слишком рано исключили из физиологического дуалюньона с матерью. Ни один объект в мире не способен в течение более или менее долгого времени реально удовлетворить их ненасытную потребность в привязанности. Поэтому мы и обнаруживаем здесь целый ряд неудачных связей.

Настроение таких пациентов соответствует фазе привязанности или отделения. При этом любая связь, будь это мать или партнер, характеризуется амбивалентным конфликтом. И как следствие этого конфликта, любовь часто обращается в ненависть, ярость, гнев, и особенно в последнее время это не сопровождается настроенностью на убийство, а проявляется только в намерении навредить.

Амбивалентная установка характерна и по отношению к своему Сверх-Я. Препреждения против него караются тяжелыми переживаниями вины. Часто эти переживания доходят до морального мазохизма и даже до суицидальных идей. Склонность к переживанию вины отличает в данном случае невроз от контактной психопатии.

Некоторые пациенты, страдающие неврозом принятия, сексуально ненасытны, и не из-за гиперсексуальности, а потому, что сексуальный контакт способен на какое-то время удовлетворить их чрезмерную потребность в безоговорочном принятии.

Терапия таких пациентов осуществляется посредством фрейдовского анализа. При большой генетической отягощенности рекомендуется длительный судьбоанализ.

*Сущность и психотерапия патологических пристрастий (патоманий),
а также терапия контактной и цикло-психопатии*

Патологические пристрастия характеризуются тем, что, находясь в острой фазе, больной отправляется искать объект поддержки и опоры, отказываясь от поисков объекта привязанности только в те периоды, когда он соединяется с одурманивающим средством, являющимся перманентным «протезом» в обмен на неверную мать и потерянный дуалюньон. В любом патологическом пристрастии можно выделить следующие характеристики:

- 1) экстремально отклоняющаяся от нормы предрасположенность к дуалюньонистичной, партиципативной форме существования;
- 2) неспособность переносить любое, даже проходящее прерывание дуальной цепи; цепь эта должна быть всегда замкнута; боязнь свободы, неспособность к отделению;

- 3) чрезмерное и постоянное стремление к принятию и дополнению дуальным партнером; для этого стремления к принятию характерны две аномальных черты: а) человек, страдающий от патологического пристрастия (патоман*), непременно хочет быть принятым (одобренным) таким, каким он является; б) и это должна сделать совершенно определенная персона, и никакая другая; такая ригидность делает этих пациентов неспособными к изменению не только в характере, но и при выборах объектов, а часто и при выборе специфических объектов и действий, характерных для их патологического пристрастия;
- 4) свою неспособность разорвать дуальюньон пациент, страдающий патоманией, переносит на действия с объектом патологического пристрастия, а потому и появляется невозможность отказаться от использования этого объекта; пациент будет жить в неразрывной связи с таким замещающим объектом;
- 5) патоман обращается со своим средством патологического удовлетворения как с фетишем, связываясь с ним неразрывной цепью, образуя с ним дуальюньон, схожий с тем, который когда-то раньше существовал в отношениях с матерью;
- 6) отсутствие принятия осознается патоманом лишь постепенно; скорее всего, он интроецировал в свое собственное Я персону, не пожелавшую его принять (одобрить); в результате такой интроекции патоман не способен принять и самого себя;
- 7) к ядерным процессам патологического пристрастия (патомании), наряду с неспособностью принимать самого себя, относится и саморазрушение; все это — последствия интроекции дуального партнера, не пожелавшего принять персону будущего патомана.

Со временем самосаботаж могут начать осознаваться и приводить к обесцениванию всех ценностей, включая и собственную персону. И только патоманический фетиш до самой смерти удерживает свою ценность в качестве объекта, замещающего дуального партнера. Таким образом, постепенно патоманное средство и действие полностью и нераздельно захватывают власть над персоной. Больной начинает жить только ради этого фетиша; только он может компенсировать страдания, связанные с неверным дуальюньоном, наделяя патомана ощущением безграничного блаженства.

*Классификация форм патоманий в зависимости от возрастного периода***

I фаза: детские патомании:

- чрезмерное и затянувшееся (протрагированное) сосание;
- чрезмерный онанизм;

* В немецком языке существует термин *der Süchtige*, обозначающий не только наркомана, но вообще человека, имеющего патологические пристрастия (алкоголизм, курение, страсть к азартным играм, и т.д.) — поэтому было бы неплохо ввести соответствующий термин и в русский язык, при отсутствии чего-либо схожего переводчик предлагает пока ограничиться словом «патоман».

** В книге Сонди «Судьбоаналитическая терапия» (1963) читатель встретит классификацию патоманий в соответствии с восемью разработанными в судьбоанализе радикалами влечений.

- затянувшийся энурез, копрофилия;
- страсть к коллекционированию.

Подобного рода патоманические проявления мы почти всегда находим в биографии психически неустойчивых психопатов и патоманов. Такие детские патомании являются инфантильными и регрессивными эрзац-образованиями — реакцией на потерянный дуалюньон, на непринятие (одобрение) со стороны родителей.

II фаза: пубертатные патомании.

В пубертатный период подростки чаще всего ищут перверсивные и инверсивные протезы или патомании приобретательства — реакция на непринятие или утерянный дуалюньон:

- патомания власти и силы: садизм;
- патомания страданий: мазохизм;
- патомания ярости и мстительности;
- патомания воровства: клептомания;
- патомания лживости, мифомания;
- гомосексуальные эксцессы, чаще всего сопровождаемые клептоманией;
- патомания путешествий: пориомания.

III фаза: патомании взрослых:

сексуальная распушенность, нимфомания у женщин, донжуанство и сатириазис у мужчин;

- пьянство (алкоголизм?);
- наркомания;
- страсть к азартным играм;
- патомания коллекционирования;
- патомания покупок; ониомания.

При *психотерапевтическом* лечении патоманов в трудных случаях необходимо применять медикаменты. Психагогическое лечение и консультирование применяется в случае так называемых запойный пьяниц без существования невротических проблем. Длительное психоаналитическое лечение алкоголиков привело только к большому разочарованию, хотя были получены важные данные о психогенезе алкоголизма. В качестве главной неудачи амбулаторно проводимого психоанализа называется неспособность патомана переносить внутреннее напряжение, а также слишком большая интенсивность стремления к зависимости. Чаще всего алкоголик не способен придерживаться фрейдовских правил лечения (проведение психоанализа при воздержании пациента). Очевидно, что аналитическое лечение патоманов имеет шансы на успех только тогда, когда оно 1) проводится в лечебном учреждении под постоянным контролем врачей и 2) когда лечение поддерживается медикаментами³¹.

³¹ Скептическое отношение Сонди по отношению к амбулаторному лечению патоманий несправедливо, по крайней мере, в отношении алкоголиков, особенно если последние наряду с терапией дополнительно под контролем врача принимают препараты для отвывания от алкоголя.

ПОПЫТКА КРИТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СУДЬБОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ СОНДИ

Терапевтический подход судьбоанализа схож с подходом психоанализа, поскольку и в первом речь тоже идет о том, чтобы «усилить Я, делая его независимым от Сверх-Я, расширяя его поле восприятия и улучшая его организацию»^{*}. Но, конечно, существуют и различия, поскольку психоанализ ограничивает цель психоаналитической терапии «присвоением сферой Я новых частей Оно». По мнению судьбоаналитиков, такая трансформация невозможна уже только на основании глубинно-психодинамических причин, так как динамика влечений Я является самостоятельной и не может вырваться в динамику «краевых влечений» (S и C). По сравнению с психоанализом, в судьбоанализе речь идет не столько о простом осознании или лечении симптомов, сколько о «становлении людей».

После недифференцированной исходной ступени человеческого развития и ряда фаз, в которых осуществляется постепенное завершение первоначальной партиципации с матерью (0–2 года) и переход к формированию объект-отношений на действительно человеческом уровне^{**}, индивид оказывается в состоянии *homo regressor* (3–4 года). Оно было признано психоанализом, психотерапевтические цели которого принципиально направлены на то, чтобы лечить людей, частично отрицающих действительность под воздействием вытеснения.

Фаза *homo individuator* (вторая инфантильная пубертатность в 17–18 лет и климакс в 40–50 лет), в которой происходит становление самости, аналогично рассматривается в школе аналитической психологии К. Г. Юнга, где эта стадия считается способствующей процессу индивидуации, то есть «становлению пребывающей первоначально в эмбриональном ядре личности во всех ее аспектах»^{***}.

Фаза *homo elector* (выбор профессии, 20–23 лет, и выбор партнера, 30–40 лет), в которой человек осознает свои собственные возможности судьбы и способен свободно выбирать среди этих экзистенциальных возможностей, рассматривается в судьбоанализе. И, наконец, последняя ступень *homo humanus* (после 40 лет, выбор мировоззрения), на которой человек перестает неосознанно подчиняться влечениям, изучена в гуманистическом или религиозном направлении в психотерапии, например, у Э. Фромма или А. Мадер. Конечной целью на этой стадии является «расширение любви».

Не вызывает сомнений, что судьбоаналитическая концепция является не только наиболее универсальным, но и наиболее спорным подходом в клинической психологии современности. Творческое наследие Сонди рассматривает два фундаментальных вопроса:

I. Насколько Сонди удается решить в своих исследованиях проблему психически больных людей, изучение которой создает предпосылки для появления фундаментальных категорий в области глубинной психологии и даже может пониматься как база будущего синтеза естественных и гуманитарных наук?

* Freud S.: *Gesammelte Werke*. Bd. X. S. 313.

** Там же.

*** Jung K.G.: *Über die Psychologie des Unbewußten*. *Gesammelte Werke*. Bd. VII. Zürich, 1964. S. 120.

II. Соответствует ли истине утверждение Сонди, что его нужно считать продолжателем фрейдовских идей, когда психоанализ явно и разнообразно развивается в том направлении, которое не только противоречит положениям Фрейда, но и включает в себя все возрастающую «стерильность» психоаналитических исследований?

Сонди в своих размышлениях постоянно возвращается к работам Фрейда, и особенно к его психологии Я, которую Сонди последовательно развивает.

Общность и различия в интеллектуальных «стандартах» Фрейда и Сонди можно охарактеризовать следующим образом:

1. Основная идея судьбоанализа Сонди — так же, как Фрейда и Юнга — обусловлена персональными проблемами ее основателя. Отнюдь не без причины Сонди дает название своей автобиографии «Анализ судьбы — представление себя»^{*} и пишет в ней: «В моей собственной семье еще в ранней юности я обнаружил, что наши выборы очень часто направляются семейно, то есть наследственно, влияя на судьбу». Возможностей прийти к такому заключению было достаточно. В семье Сонди были психически нездоровые люди, совершенно разными способами реализовавшие эту возможность судьбы. Кроме того, Сонди занимал особое положение в семье, он был восьмым ребенком во втором браке башмачника-еврея, а вообще — его двенадцатым ребенком. «Я довольно рано понял, что среди всех живых существ только человек способен осознать свою предписанную семей судьбу» (там же). Доказательства своих взглядов Сонди получил в 1934–1936 годах, проводя ежедневно четырех-шестичасовые сеансы самоанализа на кушетке в одном из горных отелей. Год спустя он написал свою первую книгу по судьбоанализу.

2. Для стиля работы Сонди типично последовательное, захватывающее десятилетие, развитие одной последовательности мыслей, в отличие от Фрейда, которого характеризовала «склонность к исключительной концентрации работы на одном материале или одной проблеме, что часто приводило к упрекам его в односторонности»^{**}.

3. Тот факт, что глубинная психология должна рассматриваться как «пограничная наука» между природой и духовностью, между наукой и искусством, между познанием и любовью, по-разному рассматривается Фрейдом и Сонди. Фрейд подчеркивал, что он намеренно всегда «пребывает только на первом этаже и в полу-подвале». С огромной гордостью Фрейд признается: «И до сих пор я никогда не имел дела с универсальным синтезом, в работе для меня самое главное — надежность и точность». Фрейд с полным презрением говорил о «мужиках-систематизаторах» Юнге и Адлере. Он же, наоборот, работает «без асякой потребности в завершенности, испытывая только интерес к появившейся сейчас проблеме». И полностью противоположен подход Сонди. Нет никакой случайности в том, что его фундаментальный труд начинается со статьи о генах и заканчивается цитатой из Лютера, в которой человеческая жизнь называется не сущностью, а становлением.

4. В названных способах решения проблем заметны глубокие различия стилей мышления Фрейда и Сонди. «Стилистическому и мыслительному гению» Фрейда противопоставит прежде всего интуитивно и экспериментально работающий исследователь. Различия заметны и в полученном образовании: Фрейд как ученик Мейнерта думал в категориях анатомии мозга, а как ученик Брюкке — в терминах

^{*} Psychotherapie in Selbstdarstellungen. (Hg. L. Pongratz). Bern, 1973.

^{**} Freud, S.: Gesammelte Werke Bd. XIV, S. 36.

физиологии. То, насколько Фрейд придерживался такого способа видения, хорошо видно по «Очерку психоанализа», занимавшего Фрейда до самого конца жизни. В нем не только *анатом мозга* приписывает «психическому аппарату» пространственные измерения и «конструкцию из нескольких частей»*, но одновременно *физиолог* дифференцирует психическую сферу на области сознательного, предсознательного и бессознательного. В психике животных мы обнаруживаем сознательные процессы только на периферии Я, а остальные процессы бессознательны. У человека даже внутренние процессы в сфере Я могут приобретать качества сознания. «Работа функции речи в том и заключается, что материал, находящийся в сфере Я, вступает в прочную связь с остатками воспоминаний зрительного, но прежде всего акустического восприятия. С этого момента воспринимающая периферия коры головного мозга может в гораздо большем объеме стимулироваться и изнутри, могут осознаваться внутренние процессы типа течения представлений и хода мыслей, и возникает потребность в сооружении особой конструкции, которая бы различала обе возможности, так называемой проверки на реалистичность»**.

По-другому все обстоит с эндокринологом и генетиком Сонди, выбравшим главным предметом своих исследований сферу Я. Из исследователя генетической конституции Сонди превращается в судьбоаналитика, пытающегося выявить взаимоотношения между свободной и навязанной судьбами. Сонди, постоянно работающий на основе интуиции и полученных экспериментальных данных, приходит к совершенно специфическому пониманию взаимоотношений между отдельными психическими проявлениями и общей системой психики.

Схема влечений в качестве попыток систематизации психического опыта является фундаментом судьбоанализа, и появляется она с самого начала формирования судьбоаналитических идей Л. Сонди. Именно эта схема оказывается ключом к той теоретической психиатрии, о которой К. Шнайдер сказал: «Ни психопатология, ни патологическая анатомия — а сегодня мы могли бы сказать, ни одна из специальных дисциплин психиатрии — не могут дать истинной картины болезней, иа это способна только интеграция всех патологических проявлений».

Судьбоанализ является новой областью, «где еще многое, а возможно самое важное, еще предстоит открыть, так что целые поколения исследователей ожидает большая работа и радость»***. Будущие исследования включают в себя в равной степени материальные, биологические и духовные основы человечества посредством еще непривычной для сегодняшнего дня смелости. Проблема человека должна разрешаться не только интеграцией знаний, но и увеличением экспериментального материала. Центром такого рода исследований должен стать анализ сферы Я, опирающийся на реальность трансцендирующего, интегрирующего и партиципирующего Я. Такой анализ Я должен стать центральной составляющей интегрального гуманизма, дальнейшее развитие которого является самой важной задачей в нашей научной области. Основателем *интегрального гуманизма* будущего можно считать Л. Сонди с его эпохальным трудом.

* Freud S.: *Gesammelte Werke*. Bd. XVII S. 67.

** Там же, стр. 84.

*** Ellenberger H. *Das menschliche Schicksal als wissenschaftliches Problem* (Человеческая судьба как научная проблема) в журнале *Psyche*, 1951 г., стр. 610.

ПРИЛОЖЕНИЕ V

ВОЛЬФГАНГ БЕРНЕР (ГАМБУРГ)

ПРОЧНАЯ ПРИВЯЗАННОСТЬ, ПЕДОФИЛИЯ И НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЛЕЧЕНИЯ В ТЕОРИИ ИМРЕ ХЕРМАННА*

Имре Херманн родился в 1889 году в Будапеште, с 1919 года он был членом Венгерского психоаналитического общества. Для Дж. Боулби привязанность является одним из пяти инстинктивных паттернов в его теории привязанности. Но я считаю, что теория привязанности Херманна в некоторых отношениях имеет преимущества перед вышедшей из нее теорией привязанности Боулби.

Вариации теории влечений — от Херманна до Кернберга

В 1936 году Херманн в теории «привязанности или поиска» разработал новую пару противоположных влечений, отношение которых к садомазохизму он пытался потом объяснить более подробно. В своих работах «Привязанность, огонь, чувство стыда» (1941) и «Первичные влечения человека» (1943) Херманн продолжает развивать свои идеи. Он связывает потребность маленького ребенка привязываться к своей матери с повсеместно наблюдаемым у приматов инстинктивной формой поведения. Одновременно Херманн описывает эту форму как частичную потребность, аналогично концепции, разработанной Фрейдом в статье «Влечения и их судьба» (1915), где наряду с частичными влечениями представлены в качестве полярных пар противоположных влечений садизм, мазохизм, вуайеризм и эксгибиционизм. Фрейд постулировал вариабельность объекта влечения, возможность обращения в противоположность, обращение агрессии на собственную персону, а также вытеснение и сублимацию в качестве судеб влечений. Превращение в свою противоположность приводит влечение к потребности в «поиске», но оно может отражаться и в защитной форме «активной сепарации», и в «скрывании» в качестве судеб влечений. Фрейд сделал вывод (среди всего прочего, учитывая и метаморфозы форм влечений) о лежащей в основе всего этого психической энергии (либидо), которая может по-разному и попеременно «оккупировать» представления (особенно те, которые соответствуют объектам влечений), связанные с такими паттернами влечений. В отличие от Дж. Боулби, Херманн не отказывается от концепции психической энергии, хотя и не совсем ясно, как именно он ее использует. Он полагает, что противоположная пара влечений, «привязанность» и «поисковая активность» первоначально происходит от влечений

* Berner W.: Imre Hermanns «Anklammerung», die Pädophilie und eine neue Sicht der Triebe. Psyche, 1996, 11. S. 1036–1054.

Я (то есть служат самосохранению), а проявляться начинает при нахождении объекта либидо. Агрессия, по мнению Херманна, также находится в тесных взаимосвязях с влечением к привязанности (и может приравниваться как по времени, так и по энергетически-окупационным качествам к оральной фазе), что, с одной стороны, может приводить к тому, что это влечение проявляется в ласкающей нежности, а с другой — «в грубых агрессивных захватах». Остается не совсем ясным, является ли у Херманна описанное им частичное влечение привязанности выражением либидо и агрессии, или либидо и агрессия только вторично подпитывают это влечение. Тогда, во втором случае, речь должна идти в принципе о врожденной инстинктивной форме поведения в смысле нейронального автоматизма, который только в результате психического развития получает для себя ментальную репрезентацию. Такую неясность можно оправдать, учитывая время написания работы, поскольку тогда не существовало ни концепции инстинкта как нейронального автоматизма в понимании К. Лоренца, ни концепции Боулби. Но в любом случае на психологический передний план Херманн, как и Ференци*, выдвигает биологически важное отношение между матерью и ребенком, рассматривая отделение от матери и запрет на тесную привязанность в качестве первичной травмы человека. Поэтому страх разлуки биологически существует с самого начала и независим от конкретных травмирующих факторов в отношениях с матерью; этот страх является первичной моделью любой травмы, и страх кастрации лишь отражение и воспоминание об этой самой ранней потере объекта. В этом смысле Херманна можно причислить к предшественникам теории объект-отношений.

Херманн даже вступает в полемику с Мелани Кляйн, когда он критикует ее теорию, так как Кляйн не принимает во внимание универсально наблюдаемый факт привязанности. Часто упоминаемое Мелани Кляйн «желание ограбить» Херманн связывает с «отсутствием» инстинктивной привязанности (то есть при фрустрированном желании) у маленького ребенка. Это с самого начала пробуждает у ребенка чувство, что у него что-то, а лучше сказать кого-то, забрали. Появляющиеся позднее активные «контрграбительские» тенденции являются реакциями на такое переживание страха. В 1943 г. Херманн почти отказывается от идеи первичного агрессивного влечения, концентрируясь на мысли о том, что только фрустрация привязанности вызывает агрессию, разделяя таким образом взгляды приверженцев гипотезы «фрустрация-агрессия», а не идеи Мелани Кляйн о первичном влечении к смерти.

Особый интерес вызывают описания Херманном «судеб влечений» ранней тенденции к привязанности, по-видимому, находящихся в тесной связи с аффектами и представлениями. Речь идет о чувстве, связанном с переживанием теплоты (как, например, теплое молоко), перетекающей от тела матери в тело ребенка. Воздетые руки на многих рисунках египетских божеств и на иероглифах Херманн описывает как бессознательную символизацию привязанности. Сегодня мы уже знаем, что даже древние художники в наскальной живописи использовали мотив рук (иногда с отрезанными пальцами). Одну из судеб влечения, заключающуюся в желании привязанности, можно обнаружить у детенышей обезьян в явлении, называемом *grooming* (когда одна обезьяна ищет вши у другой), которое раньше по ошибке принималось только за очистку от паразитов. В настоящее время, согласно исследо-

* Ferenczi, S.: Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. 1913; Versuch einer Genitaltheorie. 1924

ваниям приматов, этот ритуал необходимо рассматривать и как форму проявления нежности, играющей в социальной жизни высших обезьян одну из центральных ролей. Эта потребность в привязанности (столь заметная у младенца) особенно сильно фрустрирована у взрослого человека, так как тело женщины лишено волосяного покрова и ношение на себе младенца (хотя в примитивных культурах и наблюдается намного чаще) играет явно меньшую роль, чем у приматов. Следствием нарушенного развития этой потребности являются заболевания волосяного покрова и кожи (аллопеция, экзема), деструктивное обращение с руками и ногами, нанесение себе ран, экстремальная «поисковая активность», повышенные тенденции спасаться бегством и т. д. Херманн описывает и прямое влияние на структуру мышления переживаний «дуальюнон» в привязанности. В гипотезе об относительно прямых психических превращениях переживаний (фрустраций) в аффекты и представления замечается определенная методическая схожесть с группой Меланн Кляйн, частично вышедшей из Будапештской школы, как и пренебрежение инстинктивно-экономической точкой зрения Фрейда. Как и у кляйнианцев, у Херманна обнаруживается тенденция, вместо абстрактных источников влечений, говорить о первичных фантазиях, фрустрация которых продуцирует новые фантазии.

Михаэль Балинт создал в 1959 году из пары противоположностей привязанность–поиски типологию «окнофилов» или «филобатов», ссылаясь при этом на Херманна. Иногда он даже использует слова Херманна, чтобы описать окнофилов (привязывающихся) и филобатов (ищущих). Но Балинт считал, что потребность привязываться у ребенка не первична, а появляется только в качестве реакции как страх перед разлукой. Филобат отделился от лабильного, ненадежного объекта, поэтому он вообще избегает любой привязанности, иногда параноидным способом. Очевидно, что здесь Балинт опирается на концепцию Ференци (1913, 1924) и его метафору о безграничности внутриутробного состояния и связанного с пребыванием там чувстве всемогущества, ставшим для Балинта «первичной любовью». Но с Херманном Балинта объединяет представление о заранее заданной потребности в глубоких отношениях.

Джон Боулби был тем психоаналитиком, который наиболее последовательным образом добился смены парадигмы, отходя от фрейдовской теории влечений, опираясь на традиционную для этиологиче теории инстинктов Лоренца и Тинбергена¹. В своей книге «Привязанность. Анализ отношений между матерью и ребенком» (1969) он совершенно по-новому рассматривает связь между матерью и ребенком: оспаривается значение ранней привязанности ребенка к матери, привязанности, которая теоретически объясняется абсолютно по-разному. Боулби дистанцируется от теории так называемого «вторичного влечения», центрального и для психоанализа, и для бихевиоризма (теории научения): а именно от представления, что мать удовлетворяет жизненно-необходимые потребности ребенка, причем она для этого ребенка только вторично приобретает значение как отдельная персона. Боулби дистанцируется и от принятия существования первичной потребности в возвращении в материнское чрево (как это делает Ференци в «Предварительной генитальной теории» [1924 г.]

¹ Lorenz, K., Tinbergen, N.: Taxis und Instinkthandlungen in der Eirol)bewegung der Graugans. Zeitschrift für Tierpsychologie, 1938 S. 1–29

и приходит на основе своих наблюдений к идее о том, что имеется первичная потребность в объекте, выражающаяся в сосании и привязанности. В полном соответствии с «теорией контроля» и «теорией инстинктов» Лоренца и Тинбергена Боулби считает, что в мозгу имеются врожденные программы моторного поведения, то есть автоматизмы, которые запускаются в ход соответствующими раздражителями окружающего мира (сигналами), а под воздействием других раздражителей окружающего мира автоматизмы прекращают свое действие. Такие автоматизмы характерны для многих относительно константных и специфических для биологического рода цепочек движений. При поведении молодых животных, заключающемся в следовании за объектом, обнаруживается эффект «запечатления» (импринтинг), несущий ответственность за приспособление к окружающему миру. В этом случае формы поведения можно сравнить с незавершенной компьютерной программой; погрешности программы устроятся в результате накопления опыта взаимоотношений с окружающей средой при первых ее запусках. Именно таким способом цыплята запечатлевают кудахтанье курицы. Посредством этой метафоры, позанимываемой из области наиболее современной технологии, опять появляется механистическая модель влечений — подобно тому, как во времена Фрейда для этих целей использовалась гидродинамическая метафора — по-видимому, превращая этим живого человека в машину. Описанное Боулби attachment behavior, имеющее своей целью биологическую задачу формирования привязанности младенца к матери, первично реализуется в полном соответствии с теорией контроля Боулби* — пятью инстинктивными моторными формами, производящими контакт такого рода. Этими пятью формами являются, по Боулби, сосание, судорожное прицепливание к матери, плач, смех и следование за ней. Завершается активирование attachment-системы особым сигналом материнского голоса, ее взглядом или прикосновением. Позднее Боулби усовершенствовал свою теорию, введя в нее большое число других инстинктивных форм поведения, часть из которых конкурировала друг с другом, но все они имели своей целью установление привязанности. Классические признаки привязанности, которые у младенцев проявляются позднее, чем у детенышей приматов, наблюдаются в период между первым и пятым годом жизни. Обычно выявить их можно только косвенно, так как, с одной стороны, объекты, с которыми образуется attachment, становятся разнообразнее, а с другой стороны, увеличивается способность к символизации, делающая систему значимых связей во многом независимой от соматики, смещающейся в область психических представлений и аффектов.

Такая радикально новая формулировка, по-видимому, делает ненужным обращение к экономическому подходу к влечениям, в том числе к рассмотрению смещения количеств либидо и агрессии, энергетических оккупаций и контр-оккупаций (в смысле «псевдофизики»). В работе с компьютером теперь не нужно ломать голову над тем, какой именно энергией необходимо обеспечивать работающие программы, точно так же психоаналитик Боулби при объяснении поиска значимого объекта обходится без обращения к соматической энергии. Речь скорее идет о том, чтобы обнаружить факторы-помехи в повседневной жизни, приводящие к тому, что достигнутая степень символической attachment оказывается недостаточной и система вынуждена заново

* Bowlby, J., The Nature of the Child's Tie to his Mother. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1958. S. 350-573.

приходить к переживанию привязанности по возможности в прямой форме. Конечно, все это звучит столь же механистично, как и первоначальная гидродинамическая модель влечений у Фрейда. Это особенно бросается в глаза, когда мы учитываем столь наглядно описанную Фрейдом в статье «Влечения и их судьбы» (1915) изменчивость и вариативность потребностей влечений и когда мы подумаем о том, что в определенных обстоятельствах можно в равной степени легко удовлетворять как пассивную, так и активную часть какой-либо формы поведения (например, детские игры «дочки-матери», «охотник за хищниками и преследуемый лев»); что в принципе все объекты легко сменяемы, а символизация характеризуется огромной вариабельностью, что активности самого разного рода (от чтения романа до посещения оперы, от бега наперегонки до участия в предвыборной кампании) могут теоретически соответствовать схожим потребностям влечений. Такая изменчивость более заметна у Херманна в его обращении с моделями инстинктов в смысле частичных влечений, что можно хорошо видеть в обсуждении темы привязанности, которая затрагивает обращение с огнем и стыдливость, с одной стороны, и законы дуальной логики — с другой. Удивляет только то, что Боулби лишь намеками ссылается на работы Херманна (1969, 1973).

Лихтенштейн^{*} утверждает, что у людей мы вряд ли сможем наблюдать четко отграниченные инстинктивные модели поведения, но, тем не менее, очевидна родственность множества жестов, выразительных движений мимики и импульсивных моторных движений с такими инстинктивными моделями. В первичных отношениях мать помогает ребенку из множества совершенно противоречивых и не адекватных реальности импульсов выбрать такие, которые приведут ребенка к эффективному взаимодействию. Вторично этим достигается индивидуальная форма приспособления к реальности, частично это обуславливается идентификацией с матерью. Возникающая в коммуникации с матерью «тема идентичности», представляющая из себя совершенно индивидуальный набор из фонда заданных инстинктивных моделей, определяет будущую мотивацию, формируя ее большей частью бессознательно. Лихтенштейн также перестает использовать понятие полноты «эроса» и «танатоса» в качестве энергетических величин бессознательного.

С тех пор многие психоаналитики заменили теорию влечений теорией «аффектов», удаляя этим из анализа огромную часть ненаблюдаемой метапсихологии. Кернберг^{**} является одним из немногих, предложивших новый вид синтеза теории аффекта и влечений. Но и Кернберг исходит из существования врожденных инстинктивных моделей и фундаментальных аффектов, которые при активации в смысле «аффективной памяти» вначале приводят к следам памяти, которые соответственно комбинируют друг с другом восприятия аффектов и частей самости и объектов. Гипотезу о том, что эти ядра воспоминаний вначале накапливаются в соответствии с критериями «доброй» и «злой» и могут вновь считываться только в соответствующем эмоционально-окрашенном состоянии, Кернберг делает основой интерпретации психологического понятия расщепления. Только когда объекты начинают не только

^{*} Lichtenstein H.: Identity and Sexuality. A Study of their Interrelationship in Man. «J. Am. Psychoanal. Assn.» 196. S. 179–259.

^{**} Kernberg, O.: Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New York, 1976

целостно восприниматься, но и целостно переживаться, достигается константность самости и объектов. Тогда вряд ли можно наблюдать простые, автоматические, моторные инстинктивные модели; будут обнаруживаться более интегрированные побуждения, возникшие из опыта обращения с объектами, в этом случае правомерно говорить об опирающейся на память мотивации в смысле «либидо» и «агрессии». Таким образом, сами либидо и агрессия оказываются вторичными продуктами, результатами интеграции примитивных аффектов (типа сексуального возбуждения и ярости*) и биологических форм влечений типа «привязанности» или «борьбы и бегства».

Гармония и фантазии о слиянии относятся, по мнению Хермманна, к теме привязанности. Да и «бегство», «попытки спрятаться» и «желание быть найденным» Херманн относит к полярным парам влечений импульса привязанности. Бегство (поисковая активность) и привязанность столь сильно динамически и диалектически скрещиваются друг с другом, что если они будут пребывать рядом в качестве независимых инстинктивных моделей, то самое существенное окажется не затронутым. Бегство, с одной стороны, может служить защитой для желания привязанности, а с другой — приводить к еще большему наслаждению от отсроченных объятий, испытавших на себе повышенную эмоциональную напряженность.

Привязанность и волосяной покров

Сама собой напрашивается интерпретация страха педофилов перед волосяным покровом на гениталиях, страха, который может принимать даже фобический характер, не только на традиционном эдипальном уровне, но и под углом динамики привязанности. Прежде всего волосяной покров представляет собой власть взрослых. Он является рудиментом шкур наших предков, а также пассивным объектом привязанности. Херманн показал, что первоначальная склонность детей к тому, что имеет волосяной покров, — например, к мягким животным-игрушкам, имеющим искусственный мех, к живым животным, которых можно гладить, — вначале имеет характер отношений с переходным объектом и только позднее, вторично эти объекты наделяются опасными (фаллическими?) качествами. Таким образом, страх волосяного покрова может выражать глубокую амбивалентность по отношению к прегенитальной матери, а в определенных обстоятельствах — даже страх рта матери.

Многие педофилы сознательно избегают совокупления, сексуальный страх разрастается до страха полного уничтожения. Как только педофилы вводят эрегированный пенис в опасную для них вагину, они теряют эрекцию. Обычно в фантазиях, развораживающихся только в предсознательной сфере, вагина воспринимается в виде опасного, проглатывающего рта, который полностью поглощает мужчину. Существу-

* Kernberg, O.: New Perspectives in Psychoanalytic Affect Theory. Emotion (Ed. Kelleman H.) New York, 1990.

** Kernberg, O.: Self, Ego, Affects and Drives. «J. Am. Psychoanal. Ass.», 1991, S. 898–917.; Sadomasochism, Sexual Excitement, and Perversion, «J. Am. Psychoanal. Ass.», 1982 S. 333–362; New Perspectives on Drive-Theory. Aggression in Personality Disorders and Perversion. New Haven/L., 1992.

ющее у педофилов представление о мощном материнском объекте заставляет их бояться того, что животная жадность такой матери уничтожит их пенис. Предпочтение, отдаваемое совсем маленьким и нежным отверстиям, означает еще и предпочтение подчиняющегося и уступчивого объекта, когда нет смысла бояться за себя.

Представление о мощной, намного превосходящей самих педофилов женщине приводит их к комплементарному восприятию: их собственный пенис отличается особенно малыми размерами и, без всяких сомнений, будет недостаточен для полового акта. Страх собственной несостоятельности, часто обнаруживаемый и у других мужчин, в данном случае чрезмерен и не может быть преодолен. Фундамент страха педофилов составляет не столько бессознательное соперничество с другими мужчинами и бессознательная зависть к ним, сколько тревожное опасение, что они будут без остатка проглочены мощной матерью-зверем или подвергнутся грубому оскорблению с ее стороны.

Поразительно часто в качестве почти единственного замещения своего пениса педофилы используют руки и пальцы, пытаясь ими проникнуть в «опасные» женские отверстия. Такие эрзац-образования могут быть связаны с регрессивным щегом к паттерну привязанности. При ограничении проявлений потребности в привязанности у детенышей приматов часто обнаруживается повышение активности рук в смысле замещающих действий, начиная от груминга (поиска вшей) у себя и у других особей до взаимного ощупывания рук и щекотания указательным пальцем. Более взрослые и уставшие от чрезмерной сексуальной активности самцы часто реагируют на заигрывания самок нежным поиском вшей вместо проявления сексуальной активности. Так что и здесь, при заторможенной сексуальной стимуляции самцов, становится заметным смещение на детские отношения заботы.

К чему же приводит регрессия на детский паттерн привязанности? Она может оживить ранние травматизации, возникшие в отношениях с переживаемой чересчур мощной материнской фигурой, на которой никак не сказалось влияние отца и которая заставляет педофилов переживать опасность кастрации, как бы исходящую от матери. В целом признаки сознательного и бессознательного страха кастрации мы находим у педофилов намного чаще и в более яркой форме, чем у пациентов с полностью сформировавшейся эдипальной структурой конфликта.

Последствия фрустрированной потребности в привязанности

Херманн наделяет руку в ситуации привязанности качествами эrogenной зоны:

«Привязанность к телу матери является не только целенаправленным явлением (так же, как сосание и коитус являются не только целенаправленными процессами жизни), а еще и первым заявлением о себе либидо и первым проявлением любви к матери; «исполнительными органами» этой любви являются руки и ноги. Чтобы добиться удовлетворения либидо, руки младенца ищут эрзац-удовлетворения методом проб и ошибок — либо самостоятельно, либо в связи с эрзац-удовлетворением зоны рта (сосание пальцев). Так что когда ребенок сосет пальцы, то активируется не только функция рта и происходит оральное удоастворение, но и задействована рука. Таким образом, выражаясь на языке теории либидо, удовлетворение

возникает и в зоне рта, и в зоне руки. Такая часто наблюдаемая зависимость удовлетворения зоны руки от потребности в удовлетворении зоны рта приводит нас к другой группе наблюдаемых фактов. Рассмотрим поведение младенца во время сосания или кормления с использованием рук. Как только пища попадает в рот, руки мгновенно раскрываются. Во время сосания у младенца в определенном возрасте одновременно начинает пробуждаться сила в мышцах рук, проявляясь в форме экстремального напряжения или сжатия пальцев. То есть, если мы объясняем развитие силы сосания влиянием эrogenного источника, то и развитие силы рук, проявляющееся во время акта сосания, необходимо свести к тому же самому источнику. Как рот, так и рука являются частями одной и той же системы*.

Такое развитие силы указывает, по мнению Хермманна, не только на участие либидо, но и на воздействие агрессии, и влечение к привязанности может проявляться с одной стороны мягко, нежными поглаживаниями, а с другой стороны — грубо, в виде агрессивного хватания. В эротических ощущениях пациентов с педофилией такая тесная взаимосвязь между оральной стимуляцией и стимуляцией пальцев играет важную роль. Эта взаимосвязь обнаруживается и в противоречивой нежности педофилов. Нежность оказывается очень сильно идеализированной, грубые стороны собственного сексуального возбуждения и его воздействия на ребенка чаще всего вообще не замечаются. Только иногда на психоаналитических сеансах такое противоречие может осознаваться. Тогда пациент вспоминает, насколько для него было болезненным в мгновенья наивысшего возбуждения замечать свою «отделенность» от ребенка. У других пациентов, которые с самого начала осознавали различие своих собственных переживаний и переживаний детей, становится ясным другой вид расщепления. Эти пациенты пытаются скрывать от ребенка свое возбуждение, ограничивая общие с ребенком реальные переживания, и только оставаясь без ребенка, обращаясь к своей фантазии, доводить до завершения свои эротические желания.

У педофилов, таким образом, можно непосредственно наблюдать за комбинированной эротикой руки и рта чаще всего во взаимосвязи с страстными фантазиями о полном слиянии и растворении себя во взаимных объятиях, а не в случаях, описанных Херманном и его последователями, где эти тенденции проявляются в завуалированной форме в невротическом образовании симптомов, причем догадаться об этом можно будет только на сеансах психотерапии. При перверсии лежащая в основе невротического симптома детская эротика может открываться напрямую. По мнению Фрейда, возникающий посредством регрессии детская форма удовлетворения в случае перверсии представляет собой «позитив» невроза, а в самом неврозе та же самая форма подвергается воздействию защиты (вытесняется), то есть становится «негативом»**.

Но эпицентр детской гравитации скорее всего находится в структуре раннего конфликта с матерью, которая с самого начала переживалась как агрессивная, доминирующая, своенравная и непредсказуемая, без проявлений нежности. Фигура отца в воспоминаниях часто плохо представлена, а иногда за ребенка сражаются две женщины (мама и бабушка). Для прояснения воздействия таких структур на внут-

* Hermann, I.: Anklammerung, Feuer, Schamgefühl. Int. Z. Psychoanalyse, 1941. S. 243.

** Freud, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, 1905. G. W., Bd. V.

реннюю репрезентацию большое значение имеет исследование обращения с физическими потребностями. Описанная Хермманном фрустрация влечения к привязанности (отсутствие волосяного покрова у женщин, отделенность младенца от матери одеждой и т. д.) может играть у педофилов особенно большую роль. Часто сверхактивные, беспокойные матери обходятся без возможности длительного контакта с телом младенца и «переливания тепла» из своего тела в теплице ребенка. Но я считаю возможным и то, что экстремальное потакание детской потребности слияния посредством долгого ношения на руках и засыпания вместе с ребенком может также приводить к фиксации повышенной потребности в привязанности.

Фрустрация или фиксация потребности в привязанности может вызвать усиление психической представленности руки и рта в качестве эrogenных зон.

Д. Винникотт (статья «Об эмоциональном развитии на первом году жизни», 1945) исследовал значение руки и большого пальца относительно их отношений к переходному объекту, а этим — чувство реальности и разделенность субъекта и объекта. В подобном направлении идут размышления Вилли Хоффера (статья «Рот, рука и интеграция Я» в *The Psychoanalytic Study of the Child*, том 3/4, 1949), описавшего значение руки по отношению к оральности и к первой интеграции сферы Я. Он опирается на гипотезу о том, что дифференциация сферы Я из общей матрицы Я и Оно проявляется на поверхности тела ребенка, когда на службу орального влечения и для аутоэротического получения наслаждения под воздействием сосания пальцев одновременно пробуждаются два ощущения, оральное и тактильное. Примерно на 12-й неделе рука начинает не рефлекторно, а произвольно засовываться в рот, чтобы понизить оральную напряженность. У совсем маленьких детей рука столь сильно вступает в конкуренцию с соском груди, что матери приходится убирать ручку ребенка изо рта, чтобы он начал сосать не свои пальцы, а ее сосок. Начиная с 12-й недели, можно наблюдать, как ребенок начинает сильно впиваться зубами в предметы (но не в свои пальцы и руки), которые не страдают от оральной агрессии. Здесь обнаруживаются первые переживания раздельности самости и не-самости.

Но в любом случае рука фактически представляет собой важное ядро переживаний самости у младенца. В этой связи следует упомянуть о том, что Шпитц (статья «Дополнение к проблеме аутоэротизма», 1962) обнаружил, что младенцы при кормлении грудью в качестве «акции обмена» за сосок матерн засовывают в рот матери одну из своих ручек. Лауфер* занимался особым феноменом, заключающимся в том, что многие женщины избегают мастурбировать своими руками. Он выдвинул гипотезу о том, что бессознательно маленькие девочки идентифицируют свою ручку с рукой матери и что специфический вид отношений к матери у девочек явно отражается на их установке к мастурбации в различных стадиях развития. Например, рука может стать источником страха, а при синдроме хронического «вскрытия артерий» бессознательная агрессивная фантазия против матери играет одну из значительных ролей.

* Laufer, E.: Female Masturbation in Adolescence and the Development of the Relationship to the Body. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1982. S. 295–302

О репрезентациях самости и объектов

Ситуативно подкрепляемая фрустрацией от взаимоотношений с матерью потребность в привязанности всегда играет какую-либо роль. Сюда же относится фантазия о всемогущей гигантской матери. В перверсивных переживаниях речь идет не только о потребностях влечений, но и о связанном с ними оживлении дифференцированных представлений об объекте и самости. Материнские репрезентанты частичных объектов могут иметь жестокий, садистический характер, а образ отца чаще всего бывает неконкретным, далеким, хотя часто не менее садистичным, чем образ матери. Тогда враждебность, ожидаемая от большинства объектов, ведет к ограничению и подавлению многих потребностей, приводит к переднеплановой скованности в проявлении агрессии (и соответственно к бессознательной ненависти), как и к актуализации прежде всего детского, тревожного, покорного поведения и скрывающихся за ним потребностей.

Научное издание
Серия «Классики психологии»

Леопольд Сонди

Учебник экспериментальной диагностики влечений

Глубинно-психологическая диагностика и ее применение
в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии,
криминологии, психофармакологии, профессиональном,
семейном и подростковом консультировании,
характерологии и этнологии

Редактор — *Е. Шмыгля*
Обложка — *А. Пожарский*
Компьютерная верстка и графика — *А. Пожарский*

ИД № 05006 от 07.06.01

Сдано в набор 15.10.2004. Подписано в печать 01.08.2005. Формат 70×100/16.

Бумага офсетная № 1. Гарнитура Academy. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 45,0. Уч.-изд. л. 33,8. Тираж 2000 экз. Заказ № 1000.

Издательство «Когито-Центр».
129366, Москва, ул. Ярославская, 13,
тел./факс (095) 682-6102
E-mail: visu@psychol.ras.ru <http://www.cogito.msk.ru>

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат».
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.

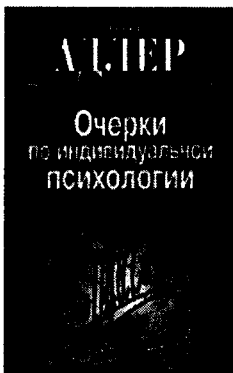


А.Р. Лурия

**ПРИРОДА ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ КОНФЛИКТОВ:
ОБЪЕКТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА**

Александр Романович Лурия (1902–1977) – выдающийся российский психолог, один из основоположников новой области науки – нейропсихологии. У книги А. Р. Лурии «Природа человеческих конфликтов» – особая судьба. Написанная в 1930 году, эта книга выдержала три издания в США (1932, 1960, 1976), но до сих пор не публиковалась на русском языке. Несмотря на 70-летний «стаж», данную книгу нельзя рассматривать только как исторический документ. Предпринята попытка рассмотреть психику в динамике, в единстве сознательных и неосознаваемых механизмов, в перспективе онто- и патогенеза. Разработанный для этих целей метод сопряженных моторных реакций – прообраз современного «детектора лжи». А. Р. Лурией был собран богатейший материал по конфликту аффективных процессов в разнообразных экспериментальных и естественных стрессовых ситуациях. Опыты проводились с детьми, студентами, преступниками и с людьми, имеющими психическую патологию. Итоги исследования позволили сформулировать целостный, системный взгляд на поведение человека, описать приемы преодоления деструктивных состояний, придать вес психологическому методу анализа нейродинамических процессов, увидеть связь между культурой и моторными реакциями человека. Все это позволяет надеяться, что данная книга будет прочитана не только как памятник психологической мысли, но и как блестящее экспериментальное исследование, ведущее к глубоким обобщениям и пытающееся ответить на целый ряд «вечных» вопросов.

60 x 90/16, 527 с., переплет 7БЦ



Альфред Адлер

ОЧЕРКИ ПО ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Альфред Адлер – знаменитый австрийский психолог и педагог, основоположник одного из наиболее известных направлений глубинной психологии.

Автор излагает основные положения своего детища – теории индивидуальной психологии, а также с позиций собственных представлений о движущих силах развития человека – стремлении к власти и чувстве общности – рассматривает механизмы формирования невротической психики, в том числе связанные с ошибками воспитания, а также главные цели и методы терапевтической работы. Книга адресована в первую очередь психотерапевтам и всем, кто интересуется проблемами психологии личности.

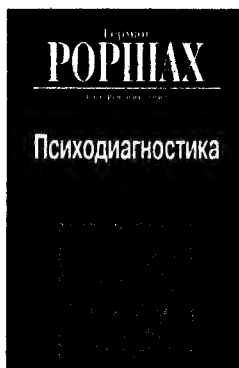
60 x 90/16, 220 с., переплет 7БЦ



Карл Густав Юнг
СИМВОЛИЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ

Данную книгу составляют три работы Юнга «Тавистокские лекции», «Символы и толкование сновидений», «Символическая жизнь». Первая и третья из них являются образцами устных докладов, одобренных Юнгом для печати, демонстрируют его ораторское искусство, умение непосредственно, спонтанно формулировать основополагающие идеи. Работа «Символы и толкование сновидений» впервые публикуется на русском языке, она была написана в последние годы жизни Юнга, когда его коллеги убедили мэтра выпустить в печать популярную работу для неспециалистов.

60 x 90/16, 240 с., переплет 7БЦ



Герман Роршах
ПСИХОДИАГНОСТИКА

Книга известного швейцарского психиатра Германа Роршаха впервые издается на русском языке. Она содержит описание уникальной методики, которой уже более 80 лет продолжают пользоваться клиницисты и психологи всего мира и которая получила всемирную известность как «Тест Роршаха». Посредством этой методики Г. Роршах впервые реализовал проективный подход к диагностике глубинных структур психики человека. В книге описаны основные принципы интерпретации результатов, получаемых при использовании «пятен Роршаха». Книга будет интересна не только как исторический документ, но и как практическое руководство по «Тесту Роршаха».

60 x 90/16, 380 с., переплет 7БЦ

«ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КНИГА»

магазин при издательстве «КОГИТО-ЦЕНТР»



Наиболее полный ассортимент изданий по психологии — более 1000 наименований

Представлена продукция большинства крупных издательств, а также малотиражные издания университетов и институтов

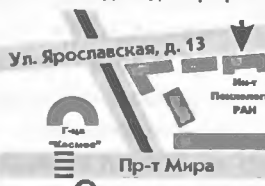


Широкий ассортимент сертифицированного психодиагностического инструментария



В записную книжку

Книги и методики для профессиональных психологов



Издательство
Книжный магазин
Оптовый склад

Время работы:
10⁰⁰–18⁰⁰
кроме выходных

(095) 682-0100, 682-6102 тел./факс
<http://www.cogito.msk.ru>
E-mail: visu@psychol.ras.ru

129366, Москва, Ярославская, 13, ООО «КОГИТО-ЦЕНТР»

Для студентов и преподавателей — учебники, хрестоматии, учебные пособия, словари

Для профессионалов, исследователей и практиков — монографии, фундаментальные труды, энциклопедии, руководства, тренинги, бизнес-психология

Для родителей и широкой публики — литература по воспитанию, обучению, саморазвитию, научно-популярные издания



ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН
www.cogito.msk.ru



Скидки постоянным покупателям до 10%